



**ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR,
AFRONTAMIENTO FAMILIAR, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS Y SALUD
MENTAL EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS DE
VIOLENCIA SEXUAL EN EL MUNICIPIO DE RIOHACHA-LA GUAJIRA**

YARELIS MARIBETH DIAZ ORTIZ

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRÍA EN DESARROLLO SOCIAL
DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
BARRANQUILLA, COLOMBIA
2014**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR,
AFRONTAMIENTO FAMILIAR, COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS Y SALUD
MENTAL EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS DE
VIOLENCIA SEXUAL EN EL MUNICIPIO DE RIOHACHA-LA GUAJIRA**

YARELIS MARIBETH DIAZ ORTIZ

MARIA AMARIS MACIAS

Director de Trabajo

UNIVERSIDAD DEL NORTE

MAESTRÍA EN DESARROLLO SOCIAL

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

BARRANQUILLA, COLOMBIA

2014

RESUMEN

Son múltiples las definiciones sobre la violencia sexual, según Acero (2009), la entiende como “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimular sexualmente a sí mismo, al niño o a otra persona”. En Colombia al igual que en muchos países se presenta un alto porcentaje de violencia sexual infantil (Min. Protección Social, 2011). El presente estudio es de carácter descriptivo y tiene como objetivo principal describir el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años víctimas directas e indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira. Se aplicó la adaptación del español Blanco & Díaz (2005) de las escalas de: Bienestar Subjetivo, Bienestar Psicológico, Bienestar Social, Escala de Estrategias de Afrontamiento familiar, Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Los resultados evidencian que el porcentaje de violencia sexual directa es del 71% en adolescentes de género femenino, y para el género masculino le corresponde un porcentaje del 29%. Del mismo modo, la violencia directa en las adolescentes tuvo un porcentaje del 60%, respecto a la violencia indirecta con un 40%. A lo cual, la reestructuración en las víctimas directas de violencia sexual, es mucho más lenta que en las víctimas indirectas, debido a que a pesar de que existía una estructura establecida en su núcleo familiar, al salir a flote su problema de abuso sexual son muchos los dilemas que juegan, debido a que muchas veces los familiares adultos no les creen a las víctimas directas o indirectas, y tienden a ocultar o negar el problema.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ABSTRACT

There are multiple definitions of sexual violence, according to Steel (2009), understood as " the contacts and interactions between a child and an adult when the adult (attacker) uses the child to stimulate himself sexually , the child or another person. " In Colombia, as in many countries a high percentage of child sexual (Min. Social Protection, 2011) is presented. This study is descriptive and its main objective is to describe family functioning, family coping, mental health and posttraumatic irrational cognitions of adolescents aged 12 to 18 direct and indirect sexual violence in the town of Riohacha victims, The Guajira. Spanish adaptation of White & Diaz (2005) scales were applied: Subjective Well-Being, Psychological Wellbeing, Social Wellbeing Scale family coping strategies, self-evaluation scale of family functioning in crisis and Posttraumatic Cognitions Inventory. The results show that the percentage of direct sexual violence is 71 % of female adolescents, male gender and corresponds to a percentage of 29%. Similarly, direct violence in adolescent had a rate of 60 % compared to indirect violence with 40%. To which, restructuring in the direct victims of sexual violence, is much slower than in the indirect victims, because even though there was a structure established in your household, to stay afloat the problem of sexual abuse are many dilemmas that play, because many times the adult family members do not believe them to direct or indirect victims, and tend to hide or deny the problem.

NOTA DE ACEPTACIÓN

DEDICATORIA

A Dios por respaldarme, apoyarme y aprobarme todos los proyectos de mi vida.

A mis padres, hijos, hermanos y esposo

Yarelis Maribeth

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad del Norte por sus aportes académicos y científicos, a lo largo del tiempo de vinculación en la maestría.

María Amarís Macías por su asesoría, apoyo, ayuda y orientación constante.

A mis compañeros de maestría por compartir desde sus diferentes disciplinas su conocimiento, generando un espacio de reflexión pluralista, diferencial y de alegría.

Muy especialmente mis agradecimientos, a los adolescentes que hicieron parte de esta investigación, junto con sus familiares, los cuales desinteresadamente prestaron su colaboración y gestión en la realización de los diferentes instrumentos que se efectuaron, y que a su vez, hicieron posible los resultados que se evidencian en este trabajo, a ellos muchas gracias.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	13
1. JUSTIFICACION	17
2. MARCO TEORICO	23
2.1. Adolescencia	29
2.2. Salud Mental	31
2.2.1. Bienestar Subjetivo	34
2.2.2. Bienestar Psicológico	38
2.2.3. Bienestar Social	41
2.3. Violencia Sexual	44
2.3.1. Tipologías de la violencia	48
2.4. Vulnerabilidad	50
2.5. Cogniciones postraumáticas	51
2.6. Funcionamiento Familiar	55
2.7. Afrontamiento Familiar	58
2.8. Familia y violencia sexual en Adolescentes	62
2. 9. Bienestar y adolescentes víctimas directas e indirectas de violencia sexual	65

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

2.10. Violencia sexual en Colombia	68
2.11. Legislación colombiana frente a la violencia sexual	70
2.12. Violencia sexual en adolescentes del Centro de Atención Integral para víctimas de violencia sexual (CAVAS), seccional Riohacha	72
3. PROBLEMA DE INVESTIGACION	74
4. OBJETIVOS	79
4.1. Objetivo General	79
4.2. Objetivos Específicos	79
5. Definición de Variables	80
5.1. Definición conceptual	80
5.2. Definición operacional	82
6. Control de variables	93
6.1. Variables controladas en los sujetos	93
6.2. Variables no controladas en los sujetos	95
7. METODOLOGIA	99
7.1. Tipos de investigación	99
7.2. El tipo de diseño	100
7.3. Los sujetos	102
7.4. Los instrumentos	103
7.5. Análisis de datos	104

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	105
8.1. Características generales de la población	107
8.2. Comparación del porcentaje de víctimas directas con las victimas indirectas de violencia sexual en el Municipio de Riohacha, La Guajira	108
8.3. Descripción y comparación del funcionamiento familiar, la salud mental, y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años de víctimas directas con las victimas indirectas de violencia sexual en el Municipio de Riohacha.	114
9. CONCLUSIONES	142
BIBLIOGRAFIA	149
ANEXOS	170

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Porcentaje de violencia sexual directa e indirecta en adolescentes de género femenino.	108
Grafico 2. Porcentaje de violencia sexual directa e indirecta en adolescentes de género masculino.	111
Grafico 3. Porcentaje de violencia sexual directa en adolescentes por género.	112
Grafico 4. Porcentaje de violencia sexual indirecta en adolescentes por género.	113
Grafico 5 Promedio de las dimensiones del funcionamiento familiar por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	114
Grafico 6. Promedio de las dimensiones del Afrontamiento familiar por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	119
Grafico 7 Promedio de las dimensiones de las cogniciones irracionales postraumáticas por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	125
Grafico 8. Promedio de las dimensiones del Bienestar Social por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	129
Grafico 9. Promedio de las dimensiones del Bienestar Subjetivo por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	133
Grafico 10 Promedio de las dimensiones del Bienestar Psicológico por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	135
Grafico 11. Promedio de las dimensiones Familia, Trauma y Salud Mental por tipo de sujetos: víctimas directas e indirectas de violencia sexual.	138

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Datos estadísticos sobre violencia sexual en adolescentes	72
Tabla 2. Datos de variables, dimensiones, subdimensiones e indicadores del estudio	84
Tabla 3. Estadísticos de resumen de los elementos	104
Tabla 4. Análisis de consistencia interna de los instrumentos	105

INTRODUCCION

Resulta muy complejo definir violencia puesto que el carácter violento o no de los actos humanos, no ha sido definido de manera uniforme en todas las culturas y a lo largo de toda la historia, las nociones de violencia, son una construcción cultural y por ello son tan diversas como lo son las culturas que las originan, Molas (2000) entiende la violencia, o mejor dicho, el acto violento, como el acto que se desarrolla basado en el abuso del desequilibrio de poder y que se juega en el cuerpo del otro produciendo algún tipo de "daño".

Por otra parte, la violencia sexual, según la Organización Mundial de la Salud (2010), no es únicamente la violación carnal en el individuo, sino también aquella que repercute hondamente en la salud física y mental de las víctimas. En Colombia al igual que en muchos países se presenta un alto porcentaje de violencia sexual infantil, sin embargo no todos son denunciados, una gran parte de estos delitos queda en la impunidad, debido a múltiples razones (amenazas, miedo, temor, entre otros) que impiden que las víctimas revelen el secreto.

Cabe resaltar que existen diferentes formas de violencia, sin embargo en esta investigación haremos énfasis en la violencia sexual en la población adolescente víctimas directas e indirectas. Entendiéndose víctimas directas como las personas que

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

son objeto de la agresión o violencia sexual, constituyéndose en una de las vulneraciones más graves a los derechos humanos (Martínez, 2000; Neuman, 1989; Selander, 2008); y las víctimas indirectas son aquellas personas que tienen una relación afectiva estrecha con la víctima directa, de tal forma, que la victimización indirecta es aquella que sufren los familiares u otras personas cercanas al individuo agredido, quienes se ven afectados por la ocurrencia de la violencia (Espinoza, Y; Förster, C y Capella. 2011)..

A su vez, el abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar la experimentan de forma distinta. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención (Min. Protección Social. 2011).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que el conocimiento del daño psicológico, las cogniciones post- traumáticas, las estrategias de afrontamiento individual y familiar y salud mental en adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual, no son una cuestión meramente académica, se trata de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

evitar la creación de nuevas víctimas, en este sentido la realización de esta investigación busca un impacto directo en la población objeto de estudio.

Así mismo, es importante considerar, que la problemática del abuso sexual infantil, no afecta solo a la víctima, y a su familia, sino que trasciende a lo social. En concordancia “La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa” (Jewkes, Sen, Garcia-Moreno, 2002).

De igual modo, hay que considerar que en los casos de abuso y violencia sexual en adolescentes, son múltiples los motivos por el cual un menor se encuentra en situación de riesgo, amenaza o vulneración; los niños y niñas también son abusados por otros niños menores, que aprovechan su estado de indefensión o vulnerabilidad, esta situación en muchos casos, se presenta porque los niños han experimentado algún tipo de abuso o violencia sexual, otras veces por su curiosidad sexual, manejo inadecuado de su sexualidad, carecen de orientación sexual por parte de sus padres o cuidadores.

Por tal razón, el presente estudio es de carácter descriptivo y tiene como objetivo principal describir el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

víctimas directas e indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

Además, se considera que el valor de este trabajo se relaciona con la importancia de tener en cuenta que todas las acciones encaminadas a conocer más sobre la salud mental, cogniciones post traumáticas y afrontamiento familiar en adolescentes víctimas de algún tipo de violencia sexual permitirían emprender las acciones necesarias a nivel de prevención y de intervención en ésta problemática social.

En cuanto a la metodología utilizada, se aplicó la adaptación del español Blanco & Díaz (2005) de las escalas de: Bienestar Subjetivo de Diener, Bienestar Psicológico de Ryff, Bienestar Social de Keyes, Escala de Estrategias de Afrontamiento familiar Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis F Copes. y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

A su vez, en este estudio se logra comparar y describir de alguna manera qué sienten y como se sienten los adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual. Es decir, las expectativas y pensamientos que tienen los adolescentes de su vida y de lo que esperan recibir de la sociedad.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Sus experiencias como víctimas directas o indirectas, plantean la idea de que el sector social, político y cultural cuente con procesos, deliberados y sistemáticos, para desarrollar, generar, mantener y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

1. JUSTIFICACION

En Colombia como en otros países, no se puede desconocer que históricamente el abuso sexual ya sea infantil o en adolescentes ha sido invisibilizado, aun cuando actualmente existe una preocupación e interés por los casos de abuso sexual, la mayoría de ellos continúan ocultos, son múltiples las razones por la cual los casos de abuso sexual infantil no salen a la luz pública o no son denunciados, tanto la revelación del secreto como el ocultamiento del mismo produce en la víctima un trauma asociado al evento experimentado.

En donde el Instituto de Medicina Legal¹, revela que cada 14 minutos es abusado un niño o niña en Colombia y solo entre el 5 y el 10 por ciento de los casos es denunciado, esto muestra la gravedad de un problema social que cada día tiende a crecer más, en

1

http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRA-FAMILIAR.pdf

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

todos los estratos sociales, porque hasta los niños, niñas y adolescentes más favorecidos han sido víctimas de este mal.

El 86% de todos los dictámenes se hicieron en menores de 18 años, siendo la edad más afectada la de 10 a 14 años (37%), seguida por la de 5 a 9 años (25%), la de 15 a 17 años (14%) y la de 1 a 4 años (10%)².

Así mismo, cerca del 35% de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente se encuentran en edades entre los 12 a 14 años, siendo el rango más alto respecto a las demás edades, teniendo en cuenta que se considera que la etapa de desarrollo por la que pasan los niños a la adolescencia, permite que sea un factor predominante para que se cometa el abuso por parte de los victimarios¹.

Por otro lado, cualquier tipo de violencia que se ejerza sobre un ser humano, sea este niño, niña, adolescente o adulto, puede acarrear y traer consigo cambios radicales en la vida de estas personas. De igual forma, son muy graves y duraderos los daños que el abuso sexual produce contra la dignidad y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

De igual forma, el drama del maltrato a la niñez, es uno de los principales problemas que afronta el país y el abuso sexual como una modalidad de éste se convierte en el más doloroso, lo cual se constituye junto con sus implicaciones de tipo

² <http://www.unicef.org.co/pdf/cifras.pdf>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

psicológico, emocional, afectivo y de toda índole en un tema de muy difícil manejo, debido a que provoca una de las experiencias más inexplicables e incomprensibles (Sánchez, 2008).

Por tanto, la violencia sexual, en muchos estudios se demuestra que genera en su víctima problemas psicológicos, sociales y culturales que pueden ir desde corto a largo plazo. Sin embargo, varios estudios sobre el tema han postulado que existen muchas implicaciones médicas, psicológicas, sociales y culturales que involucran tanto a la víctima como su familia. Esto de alguna manera, conlleva a un desequilibrio emocional y generando implicaciones de tipo psicosocial, político y cultural que afectan a la familia y la sociedad.

En donde, el conocimiento del bienestar (psicológico, social y subjetivo), las cogniciones post- traumáticas, las estrategias de afrontamiento individual y familiar y salud mental en adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual, no son una cuestión meramente académica, se trata de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas, en este sentido la realización de esta investigación busca un impacto directo en la población objeto de estudio.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), la violencia sexual no se refiere únicamente a la violación, entendida como el acceso carnal violento, repercute

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

hondamente en la salud física y mental de las víctimas. Al igual que las lesiones, se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud; Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, es importante resaltar que el abuso sexual es una de las formas de maltrato a la que con frecuencia está expuesto un individuo, ya sea niño, niña, adolescente, adulto o anciano, sin embargo en los últimos años se ha venido incrementando el índice de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y violencia sexual, a quienes se les ha vulnerado sus derechos, especialmente a tener un desarrollo integral adecuado, son los menores de edad quienes por su vulnerabilidad ocupan un alto índice entre las víctimas.

En ambos casos (abuso sexual y violencia sexual contra menores) conlleva una inestabilidad emocional, mental, psicológica, que afecta al sistema y sus subsistemas. “Según un reciente análisis de Pereda, Guilera, Forns y Gómez (2009), la tasa de prevalencia de algún tipo de abuso sexual en menores es de 7,4% en el caso de los niños y de un 19,2% en el de las niñas”.

El abuso sexual contra las adolescentes es un hecho que ha acaparado el interés público, problema de salud no solo poco investigado en el mundo (Brito, E. s.f.). Quizás esta connotación se deba a que son muy pocas las personas las que se atreven a

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

realizar denuncias y escándalos frente a este tema, lo cual hace que se mantenga oculto. Aunque con las nuevas leyes que protegen a los niños, niñas, adolescentes y mujeres ya las denuncias sobre este delito están surgiendo efecto en nuestro país.

Según la OMS (2003), el abuso sexual infantil se entiende como: “una acción dónde se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social), no está preparado, o también viola las normas o conceptos sociales”.

De acuerdo a la literatura revisada son pocos los estudios existentes sobre abuso sexual y violencia sexual infantil, dada que se estudia esta violencia de manera generalizada incluyendo todas las formas de violencias y de acuerdo al contexto cultural y social en el cual se presenta.

De alguna manera, se puede considerar la importancia de describir el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas en adolescentes entre 12 a 18 años de edad, víctimas directas e indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira, teniendo en cuenta que es el municipio de mayor prevalencia en este tipo de delitos en el Departamento de La Guajira, por lo tanto tener conocimiento de las necesidades de esta población objeto estudio desde el punto de vista, psicológico, emocional e incluso

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

social, se pretende mejor o fortalecer un servicio de atención acorde a la necesidad de las víctimas (directas e indirectas) entendiendo íntegramente al adolescente y a su familia.

Así mismo, el estudio contribuye a la concientización de las personas frente a la importancia de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, (NNA), especialmente en lo que tiene que ver con el derecho a la integridad, que le permita a los NNA crecer de manera integral, en un entorno saludable y apropiado para su desarrollo.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación pretende servir como marco de referencia a otras investigaciones que posibilite un mejor abordaje médico, psicológico, jurídico y social a la adolescencia que han experimentado este tipo de problema.

Finalmente, la investigación se orienta al aporte de postulados en Psicología Social, que sean de utilidad para la práctica clínica, como una intervención interdisciplinaria donde se articulen el área de psicología, trabajo social, jurídico, médico, adicionalmente el acompañamiento familiar como aspecto clave dentro de un proceso de atención, con mayor motivo si se trata de situaciones en crisis. En éste sentido el recorrido teórico realizado permitirá implementar otra mirada epistemológica a la praxis del tratamiento de adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual.

2. MARCO TEORICO

Desde los tiempos de la Biblia, ha existido, y argumentado el abuso sexual, en el libro de Génesis 34:7, se evidencia como Siquen violó a su hermana Dina, ambos hijos de Jacob.

En consecuencia, la violencia sexual comprende múltiples factores y manifestaciones que están enmarcadas en un contexto individual, sociopolítico, cultural, religioso entre otros. En este estudio, para efectos pertinentes al tema comprenderá: el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual.

Para Sajeda y Althea (2011), la violencia sexual basada en el género, en la mayoría de los programas que abordan el tema, estos se focalizan en proporcionar servicios de salud clínica o servicios legales. Las intervenciones programáticas para la prevención de la violencia se fían de estudios correlativos para identificar los riesgos

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

altos como la pobreza, vida urbana, educación pobre, enfermedades transmitidas sexualmente y factores de actitud como la aceptación de la comunidad de la violencia contra las mujeres. Estos enfoques programáticos buscan reducir la violencia ya sea con estrategias fijadas o con propuestas amplias para deslegitimar los comportamientos violentos.

De igual forma, El abuso sexual en la infancia es reconocido como un factor de riesgo asociado a trastornos mentales de tipo depresivo, de ansiedad, de personalidad, sexuales, fobia social, adicciones y padecimientos físicos como las infecciones sexuales, entre otros (Filipas H y Ullman S. (2006).

La UNICEF también ha estudiado las consecuencias que trae el abuso sexual que afectan el desarrollo físico, mental y emocional del niño, niña y adolescente, víctima de este delito, son graves, incluso irreversibles; sienten dolor, vergüenza, culpa acompañada de una baja autoestima, rechazo, pesadillas e insomnio. Además, están expuestos a enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos precoces. Viven un desencuentro con su propio cuerpo, pues han sido tratados como un objeto sexual o una mercancía.

Finkelhor, O (1998), en un estudio realizado para identificar antecedentes y conductas de riesgos en un grupo de niños abusados sexualmente, encontró un elevado número de familias disfuncionales (74.4%) y alcohólicas (35%) asociadas a

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

casos de Abuso Sexual, lo que nos señala la importancia que tienen estas manifestaciones en las raíces de este problema. Además de estos factores familiares emocionales o afectivos, o del vínculo, factores económicos también representan riesgos.

En cuanto a bienestar social, afrontamiento, bienestar subjetivo y bienestar psicológico, los trabajos teóricos más destacados se encuentran: Lazarus y Folkman (1986): Afrontamiento, Diener (1994) y Veenhouven (1995): Bienestar, Diener (1984): Bienestar subjetivo, Ryff y Singer (1998): Bienestar psicológico, Keyes (1998): Bienestar social.

La Ministra Patricia Balcázar Nava, Lic. Nancy Loera Malvaez, Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña, Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz, Mtro. Luis Trejo González; trabajaron la adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios.

En jóvenes los estudios de afrontamiento, se destaca Arjona y Guerrero (2001), quienes investigaron sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y gestión de las emociones (inteligencia emocional), y su relación con la variable adaptación (personal, familiar, escolar y global) en un grupo de adolescentes

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

(rango de edad 12 a 16 años) que cursaban sus estudios de primero, segundo y tercero de educación secundaria obligatoria en centros de la provincia de Málaga.

También, existen estudios como el de García y González (2000), quienes estudiaron y se enfatizaron en la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico, subjetivo y social, dentro de ellas encontramos: la categoría bienestar psicológico.

En cuanto a los trabajos sobre bienestar social están los de Amalio Blanco y Darío Díaz. “El Bienestar Social su concepto y su medición”. De igual modo para el bienestar subjetivo está el trabajo de Rosario J. Marrero Quevedo, Mónica Carballeira Abella “El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo”. También está el trabajo de Cuadra L., Haydée; Florenzano U., Ramón. Titulado “El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva”.

También, se debe mencionar que los estudios sobre el bienestar subjetivo son múltiples, de las primeras investigaciones podemos mencionar a (Campbell y otros, 1976); quienes muestran unos resultados algo contrapuestos. Estos autores encontraron que, aunque la salud tenía un gran valor por los individuos como el factor más apreciable para la felicidad, sin embargo la satisfacción con aquélla ocupaba el octavo lugar en importancia con relación a la satisfacción con la vida.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

A su vez, García (2002) se refiere a las investigaciones de Mancini y Orthner (1980), quienes en su estudio controlaron otras variables con la salud, permitiéndole determinar su influencia, y la importancia de la salud en el bienestar subjetivo de las personas estudiadas. En concordancia Zautra y Hempel (1984), establecen seis posibles vías en la relación entre salud y bienestar subjetivo, ocupando un lugar destacado los cambios en el estilo de vida del sujeto.

Así mismo, existen otras investigaciones y artículos que abordan las categorías de estudio (Afrontamiento, Bienestar subjetivo, psicológico y social) como: Estilos y estrategias de Afrontamiento en Adolescentes de Carmen Solís Manrique y Anthony Vidal Miranda.

Figuerola, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005), estudian las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. También se analizó cómo los jóvenes afrontan de un modo más eficiente y adaptativo las demandas que se les presentan, lo cual se fundamenta en la importancia atribuida al tema por considerar las estrategias de afrontamiento como posibles factores protectores de la salud.

López, S; Faro, C; Lopetegui, L; Samsó M, y Fernández, I. (2012), estudiaron el abuso sexual en adolescentes y determinan la prevalencia de abuso sexual en mujeres por grupos de edad o menores de 13 años o de 13 a 17 años. Encontrando que 45

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

mujeres (37.6 %) (IC 95%: 35.4-40.8%) o Menores de 13 años: 206 (63,4%) o De 13 a 17 años 119 (36,6%).

Bardales y Hualpa (2005), en su estudio de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, creen que los resultados de maltrato y abuso sexual en el centro educativo son referenciales y exploratorios y, como tales, hay que tomarlos con cuidado ya que los alumnos no podrían haber referido fácilmente este problema cuando la encuesta ha sido realizada en este mismo contexto escolar.

También Rincón P, (2003), en su tesis doctoral estudia el “trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia domestica: evaluación de programas de intervención”, no encuentra diferencias significativas entre los grupos de tratamiento.

Romero A, Zapata R, García, Brustad, Garrido R y Letelier A (2010), estudiaron las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. Encontrando que los jóvenes tenistas de competición, entienden perfectamente los conceptos de “estrategias de afrontamiento”, y “bienestar psicológico”, lo que implica que la madurez cognoscitiva y emocional de los participantes les ha permitido ubicarse correctamente en la situación deportiva, con todos sus componentes ansiógenos, con su implicación sobre el estado de bienestar global

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

no solamente el deportivo y a la vez, ser capaz de analizar sus estados mentales frente a las exigencias y demandas de la competición y de su crecimiento personal paralelo.

2.1. Adolescencia

La OMS. (2010) define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

La adolescencia es una de las etapas, más bonitas de un ser humano, en donde se tiende a explorar el mundo, ya que se desconoce y no se tiene la experiencia suficiente para afrontar los problemas reales. La adolescencia es quizás comparable a la metamorfosis de una mariposa, en donde la oruga se transforma en su crisálida y cuando sale de ella, es indefensa y vulnerable a la naturaleza.

Para Monterrosa (1998), el termino adolescencia en medicina, está definido a partir de dos elementos: lo biológico y lo etario. Desde el punto de vista médico, la adolescencia se asume como un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de funciones orgánicas

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

como la menarquía y la ovulación en el sexo femenino; y la espermatogénesis y eyaculación en el varón.

En una declaración conjunta, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), establecieron que la adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad (Monterrosa y Bello, 1993).

Para Medina H., (2012) la adolescencia, es una etapa del desarrollo humano que presenta momentos complicados donde el mismo adolescente debe aprender a adaptarse o esquivar, para lograr un adecuado o mejor desarrollo evolutivo, en concordancia Carvajal, (1993), sostiene que la adolescencia debe ser tratada desde sus propias expectativas de los cambios comportamentales que experimenta, teniendo en cuenta que son cambios transitorios, que han de pasar con su evolución y que deben concluir con la aparición de comportamientos adultos.

De igual forma, la aparición de esos comportamientos, es una visión común en todos los adolescentes, en donde la meta es tener la libertad para compartir, construir y realizar sus decisiones que favorezcan su desarrollo humano. A lo cual, el hecho de disfrutar la adolescencia implica que se refuerzan y se afianzan el bienestar y la dignidad, lo que supone que se construye el respeto por sí mismos y el respeto por los demás.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otra parte, Rodríguez J. (1996), considera que en la adolescencia como todo período transitorio puede experimentarse años de crisis, búsqueda de la identidad, inestabilidad emocional, refiere que no se puede generalizar, dado que no todos los adolescentes presentan las mismas experiencias, según el autor se debe tener en cuenta que la mayoría de los adolescentes o jóvenes, terminan esta etapa de manera efectiva, preparándose para la vida.

Así mismo, es necesario considerar que en la adolescencia se tienen cambios biológicos y psicológicos y al mismo tiempo se asumen papeles sociales, culturales y demográficos. La duración y las características de la adolescencia varían según la época, las culturas y las condiciones socioeconómicas. Por ese motivo, es difícil dar una definición universal y llegar a un consenso sobre el inicio y el fin de la adolescencia. En general, se tiende a definir a los adolescentes en términos de un amplio rango de edad que va de los 10 a los 19 años. En ese período ocurren las transformaciones corporales y los cambios emocionales que llevan a los jóvenes a la construcción de su propia identidad (Flórez y Soto, 2005).

2.2. Salud mental

Para la OMS (2001): “la salud mental se describe como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Según Keyes (2005), «La concepción *de facto* de la salud mental es psiquiátrica: las personas están mentalmente sanas o mentalmente enfermas ». Esta concepción de Keyes, es aceptada a pesar de la clara y decidida apuesta que hizo la OMS en su momento al relacionar sin ambages la salud con un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo con la ausencia de enfermedad.

Respecto al criterio de Keyes (2005) existen algunas características especiales que indican un funcionamiento psicosocial positivo en la persona, sin embargo no descarta que la presencia de alguna de las características que menciona (metas claras en la vida, alta resiliencia, entre otras) se correlacionen entre sí, esta postura converge con la posición de Dubos (1975) y Oblitas (2004, p.3), de este modo los estudios psicosociales de la salud y el bienestar conciben a los procesos de salud/enfermedad dependiendo de las transacciones entre el individuo y su medio (Basabe, 2004).

La salud mental ocupa un lugar destacado, en la agenda de la salud pública contemporánea, lo que gran medida es resultado de diversas estimaciones que pronostican su notable deterioro global en un futuro inmediato. La tardía identificación de la salud mental como problema de salud pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que pertenece al ámbito íntimo y doméstico (Salaverry, 2012).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otro lado, en lo que tiene que ver con las víctimas de abuso y violencia sexual, posterior a una experiencia traumática como ésta, ya las cosas no serán igual, su estado psicológico y emocional se transforma de manera negativa, sus integrantes se alteran, su salud mental se afecta, sin embargo, es importante tener en cuenta que cada experiencia es única en cada sujeto, existen situaciones donde la víctima no se considera como tal, esto puede darse por la manera en que fue abordada (o) por el agresor, adicionalmente factores asociados como; intensidad y tipo la violencia, relación entre el agresor y la víctima, carencia de apoyo familiar, también contribuyen al desequilibrio psicológico y mental (Min. De la Protección Social, 2011).

De igual forma, al tener en cuenta las implicaciones del abuso sexual, se hace indispensable contar un proceso de evaluación estructurada del estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que son víctimas de esta problemática. De acuerdo a lo anterior, es importante tener claro que existen implicaciones de tipo físico, conductual, emocional, sexual y social en el abuso sexual (Sánchez, 2008).

A su vez, la Dra. Intebi entiende el abuso sexual infantil como *“Un balazo en el aparato psíquico que produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hacen muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas”* (Fuentes, 2011).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otra parte, la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad y los valores culturales. En lo que según Lehtinen, Riikonen y Lahtinem (1997), la salud mental también está influenciada por todas aquellas experiencias de la vida diaria ya sea en la familia, la escuela, las calles o el trabajo.

2.2.1 Bienestar subjetivo

El término felicidad ha sido asociado por varios autores, al bienestar subjetivo; hacer una revisión a lo largo de la historia, se puede rastrear estudios sistemáticos del tema en la época de la filosofía clásica griega, particularmente en la filosofía aristotélica.

Según García (2002) la introducción paulatina del término “felicidad” o el “bienestar subjetivo” como “asuntos” de interés de la psicología están asociados tanto a la dificultad de aprehender el concepto, objeto del afanoso estudio de numerosos pensadores, como a la destacada orientación terapéutica de esta disciplina, su pretensión restauradora ha hecho que se haya ocupado más del conocimiento de los estados psicológicos, que del estudio de los factores que favorecen el desarrollo del bienestar personal y el mantenimiento de una vida deseable.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

El bienestar subjetivo se entiende como el resultado que experimenta una persona, sobre el propósito que tiene en la vida, (Diener, Sapyta & Suh, 1998); es decir, la evaluación que la persona efectúa sobre la calidad de su vida (Diener et al., 1999, Keyes et al., 2002). Es importante resaltar que cada individuo es particular por lo que las expectativas o metas, difieren de una persona a otra.

En relación a la conceptualización del bienestar subjetivo existen muchas definiciones así como el estudio sobre el tema, sin embargo una de las más aceptadas es la propuesta por Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), quienes plantean que:

Para Diener (2000), el bienestar subjetivo es una categoría amplia que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida de los fenómenos de la vida diaria. De igual forma, el bienestar subjetivo está ligado o se relaciona con “felicidad”; referida ésta como la experimentación de sentir más emociones agradables y pocas desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y cuando se está satisfecho con la vida, es decir, la evaluación que la persona hace de su vida.

Por otro lado, Cuadra y Florenzano (2003) dicen que el bienestar subjetivo, la calidad de vida, la satisfacción vital, el bienestar social, son todos ellos, términos que se relacionan con la felicidad, y que pretenden adquirir un status ontológico a través de la clarificación del concepto y de su capacidad para ser medido.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De igual manera, existe un grupo de investigadores que ha centrado su interés en el estudio de las condiciones subjetivas asociadas al bienestar (Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) o a la Satisfacción con la Vida (Veenhoven, 1995).

En opinión de Diener (1994), el bienestar subjetivo tiene tres elementos característicos, a saber: su carácter subjetivo, que se le atribuye a la experiencia de la persona, un segundo elemento que habla de una extensión integral, el cual se refiere a la apreciación o juicio de todos los aspectos de la vida, y un tercer elemento que considera necesario y es el que hace alusión a las medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la ausencia de factores negativos.

Otros autores implican el componente cognitivo y afectivo de manera directa; Veenhoven (1995) define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva.

Según Veenhoven (1995), el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes.

En relación a cómo debe medirse o investigarse el bienestar subjetivo Diener et., al. (1999) afirma que, como el bienestar subjetivo es una categoría de fenómenos amplia, la cual incluye las respuestas emocionales de los individuos, los dominios de satisfacción y los juicios globales de satisfacción, los investigadores deben incluir medidas tanto del afecto positivo como del negativo, de la intensidad y frecuencia de dichas respuestas y, también, deben incluir medidas cognitivas para evaluar la satisfacción con la vida.

Otros autores afirman que el bienestar subjetivo tiene bases mucho más emocionales, y se lo ha evaluado a través de indicadores como la felicidad, la afectividad positiva y negativa o la satisfacción vital (Blanco y Díaz, 2005).

Dentro del contexto de la adolescencia, se puede considerar las implicaciones que tienen los factores provenientes del adolescente o de su entorno como fundamentales ya que favorecen el desarrollo y ejecución de conductas de riesgo para su salud física y/o psicológica. Estas conductas riesgosas se caracterizan por amenazar el desarrollo personal del adolescente, y suelen tener consecuencias perjudiciales para la salud en términos de patologías, roles sociales y, desarrollo personal (Navarro, 2004).

Finalmente, el recorrido por estas perspectivas teóricas permite pensar que el bienestar entendido como una apreciación subjetiva de “estar bien” es susceptible de

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ser estudiado empíricamente. Los autores revisados sugieren que es importante abrirse a una perspectiva más positiva de la naturaleza humana, lo que incide en una comprensión más amplia y holística de los procesos y comportamientos del hombre y su desarrollo tanto en el ámbito personal como en lo social.

2.2.2 Bienestar psicológico

La pregunta acerca de ¿qué es sentirse bien? Forma parte de algunos de los interrogantes ontológicos del ser humano, desde tiempos remotos pensadores, poetas y científicos han intentado reflexionar y postular principios e ideas de diversa índole acerca del bienestar o felicidad del ser humano. El concepto de bienestar psicológico ha surgido en los Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida (Romano, 2002).

Victoria y González (2000) tratan como sinónimos el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, y coinciden con Ryff (1995) en la importancia de la relación entre las expectativas de los individuos y los logros en la obtención del bienestar psicológico.

Sin embargo, muchos autores realizan las distinciones entre estas categorías, y plantean que los estudios en bienestar psicológico (BP) hacen referencia a la

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, y no tanto a las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor (Miguel, Meléndez y Navarro, 2008).

Por otro lado, Ryff y Singer (1998), consideran que el bienestar psicológico es distinto de las categorías del bienestar subjetivo, porque la satisfacción no es el elemento articulador, sino más bien la realización del potencial humano, el cual se logra a través del propósito en la vida, logro de metas y el establecimiento de relaciones de confianza con el otro. Ambas líneas de investigación del bienestar están interesadas en un mismo proceso psicológico pero se sirven de distintos indicadores para medirlo.

El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social.

En relación a las dimensiones del bienestar psicológico, hay otros autores, como es el caso de Ryff (1989), que sugieren ampliar estas dimensiones. Esta autora entiende por bienestar psicológico el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Para una mayor comprensión del mismo plantea una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Con respecto a las dimensiones, pudo determinar, a través del análisis factorial en la población norteamericana, la existencia de las siguientes seis dimensiones (Ryff y Keyes, 1995).

1. Apreciación positiva de sí mismo
2. Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida
3. Alta calidad de los vínculos personales
4. Creencia de que la vida tiene propósito y significado
5. Sentimiento de que se va creciendo y desarrollando a lo largo de la vida
6. Sentido de autodeterminación

Por otro lado, Pardo, et al. (2004) encontraron que existen genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes debido a la pérdida y disminución de apoyo, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas. Por el contrario, las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del adolescente.

De igual forma, el proceso por el que pasan los adolescentes para definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de integrar su personalidad y construir su identidad, considerando sus propias emociones, pensamientos y conductas. En consecuencia, los efectos que tienen estos cambios en el adolescente, pueden adquirir

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos (Barra, Cerna, Kramm y Veliz, 2006).

A lo cual, según García, (2002), el bienestar psicológico incluye la congruencia entre los objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo. En cuanto a la calidad de vida percibida, consiste en la satisfacción de la persona consigo misma, con la familia y los amigos, con su trabajo, las actividades que realiza o el lugar donde vive.

2.2.3. Bienestar social

El bienestar social puede ser definido de múltiples maneras de acuerdo al enfoque teórico que se adopte, lo cual condiciona a su vez, el tipo de indicadores sociales que pueden ser utilizados para su medición.

Desde la perspectiva económica el premio nobel Amartya Sen (1991), quien plantea que el bienestar social es un concepto multidimensional, que incluye no sólo condiciones materiales objetivas (como la renta, los servicios de todo tipo, infraestructuras, etc.), sino también apreciaciones subjetivas o percepciones de los individuos. Por eso, hay que reconocer que resulta imposible realizar una medición cuantitativa absoluta del bienestar social.

El Bienestar Social (BS), se refiere a la relación de las personas con su medio y de cómo éste les asegura su bienestar, de criterios relacionales y micro sociales que la

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

sociedad debe ofrecer a la persona para que logre satisfacer sus necesidades (Páez, 2007). En donde, como ser social, los humanos poseen en sus acciones tanto hacia sus semejantes, como al medio. Para lo cual, el hecho de interactuar con los demás en un entorno implica de alguna manera tener necesidad de los demás, lo que infiere en la determinación de que no somos autosuficientes que todos necesitamos de todos.

De acuerdo con algunos autores en el bienestar social, se integran elementos sociales y culturales que promueven la salud mental y que están relacionados con las bases reales de las creencias implícitas positivas sobre el yo, el mundo y los otros (Blanco y Díaz, 2005).

Por otra parte, el concepto de Bienestar Social desarrollado por Keyes (1998) recoge los aspectos interpersonales de la salud mental, a la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad y está compuesto por cinco dimensiones (Blanco y Díaz, 2005):

- 1) Integración social. Es la apreciación positiva que hacemos a las relaciones que conservamos con la sociedad y con la comunidad (Keyes, 1998, p. 122).

Según Keyes (2005) la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y el bienestar social conforman criterios diagnósticos de la salud mental. Las personas con alto

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, entre otros.

- 2) Aceptación social: De este modo no solo se trata de estar a un grupo, comunidad o institución sino sentirse aceptado y valorado.
- 3) Contribución social. Es el sentimiento de utilidad, de sentirse un miembro vital en la sociedad, es cuando se ofrece como algo útil al mundo. Es sinónimo de utilidad, provecho, eficacia y aportación al bien común.
- 4) Actualización social. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos - confianza en el progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.
- 5) Coherencia social. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por su parte, Casas, (1994), sostiene que “el bienestar social se refiere al orden social para promover las satisfacciones de las necesidades individuales que son compartidas, así como las necesidades pluripersonales”. Entendiendo, al bienestar social como la vivencia o experiencia donde los individuos perciben la ecuanimidad, justicia o legitimidad, que si bien es cierto, puede conllevar al bienestar individual, así como también debe sentirse bienestar social o colectivo.

Por otro lado, las normas que una sociedad comparte y que permiten la convivencia social no son innatas, se van interiorizando a lo largo de la infancia y se cuestionan en la adolescencia. Es esencial escuchar al adolescente, respetarlo, creer en él, para que pueda creer en sí mismo y confiar en su propia capacidad de construir un proyecto de vida saludable para su bienestar psicosocial (Orcasita y Uribe, 2010).

De igual forma, se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias sociales (Barrera y Li, 1996; Musitu et al, 2001). Lo cual supone, que los adolescentes al percibir apoyo aumentan los sentimientos de autovalorarse, también se incrementa la autoconfianza a nivel general.

2.4. Violencia sexual

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Molas (2000) entiende la violencia, o mejor dicho, el acto violento, como el acto que se desarrolla basado en el abuso del desequilibrio de poder y que se juega en el cuerpo del otro produciendo algún tipo de "daño".

Otro concepto de violencia es el “uso intencional de la fuerza o del poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación”, adaptado de la OMS, (1996).

La violencia es, en primer término, manifestación de un orden social que tiene la desigualdad como tela de fondo, donde la asignación de roles y estereotipos diferentes a los varones y a las mujeres, como consecuencia de su sexo, es visiblemente percibido. Los roles y estereotipos de género venden sus “ideales” como naturales, eternos, inalterables (Domingo, 2004).

Por otro lado, la violencia contra las mujeres está presente en el más amplio discurso respecto a la sexualidad, que hace que el género femenino ocupe un lugar desigual frente al masculino.

Con relación a lo anterior, Aguilar y Salcedo , (2008), exponen que las mujeres son las más afectadas cuando se trata de violencia, pues se encuentran en desventaja ante los hombres, en su estudio realizado en la ciudad de Cali en los años 2001 y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

2003, sobre la caracterización de la violencia sexual en adolescentes, los resultados muestran que el 77.5% de los casos que ingresaron al Instituto Nacional de Medicina Legal y Clínicas Forenses correspondían a mujeres entre los 10 y 14 años de edad violentadas sexualmente.

Ya en concordancia con la violencia sexual, ésta, es considerada como cualquier acto u omisión, orientado a vulnerar el ejercicio de los derechos humanos, sexuales o reproductivos, dirigidos a mantener o a solicitar contacto sexual, físico, verbal o a participar en interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación, la coerción, el chantaje, la presión indebida, el soborno, la manipulación o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción.

Lo que a su vez, el abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar la experimentan de forma distinta. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención (Min. Protección Social. 2011).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Es importante que nuestra mirada hacia el fenómeno de la violencia se dirija hacia su identificación y denuncia, detectando las más variadas formas que pueda asumir, pues “la violencia no tiene que ser adjetivada, sino substantivada a fin de discernir su naturaleza, su alcance y sus raíces, es decir, de captarla en su concreción histórica”. (Martín-Baró, 2003, p.162).

La violencia siempre ha existido a lo largo de la historia, lo que cambia es el motivo generador de la misma, y las formas de ejercerla, en contra de la voluntad de una persona o de un grupo, de igual forma no se puede desconocer que existen patrones culturales que utilizan la fuerza física por ejemplo, para castigar que dentro de sus usos y costumbres son mecanismos naturales o “normales” que para ellos no son considerados violencia.

A lo largo de la historia los niños, niñas y adolescentes durante años se han visto inmersos en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de la violencia sexual la cual se ha convertido en una de las problemáticas más particulares de los últimos años, pues esta hace referencia a todas las formas de abuso sexual como violación, acoso, explotación, prostitución y pornografía

(http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_tipo_Operativas/Direccion_Servicios_Especializados/area_infancia_adolescencia/red_educadores/herramientas/VIOLENCIA%20SEXUAL%20E%20INTRA_FAMILIAR.pdf).

Acero (2009) expone que “el concepto de abuso sexual, entendido este, desde el punto médico legal, como el contacto entre un menor y un adulto, en el que el menor

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

de edad es utilizado para satisfacción sexual de un adulto o de terceros, desconociéndose su nivel de desarrollo psicosexual”.

En el adolescente, el abuso sexual principalmente en sus formas de mayor intensidad y duración, destruye, perturba o retarda aquella posibilidad de organizar adecuadamente su identidad global, crea dudas en torno a la identidad sexual (principalmente en varones) o desarrolla una vinculación anormal con personas del otro género. Las manifestaciones son en sentimientos de rabia, culpa, necesidad de evasión, inhibición social, aislamiento, hostilidad, agresividad

(<http://www.adolescencia.sochipe.cl/subidos/catalogo3/ABUSO%20SEXUAL%20EN%20ADOLESCENTES%202.pdf>).

En tal sentido podríamos entender la violencia como hecho que afecta física, psicológica y emocional a un individuo, a la familia y a la sociedad. Se presentan referentes sobre el término de la violencia, existe concordancia en algunos aspectos, sin embargo no hay unidad de criterio que permita concluir una definición única o específica. Autores como Elsa Blair, sostienen que “La violencia es definida como el uso de la fuerza abierta o escondida, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente”.

Para finalizar, en el año 2008, la Corte Constitucional, máximo organismo jurisdiccional en el país, constató que: “la violencia sexual es una práctica habitual, extendida, sistemática e invisible en el contexto del conflicto armado colombiano, así

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

como lo son la explotación y el abuso sexual tomado de: Organización de mujeres y de derechos humanos (2012).

2.4.1. Tipologías de la violencia

Dentro de las tipologías de la violencia, podemos distinguir: la violencia directa e indirecta, la primera es la que experimentan de manera vivencial durante su ciclo vital, las personas o grupo, lesionándose su integridad física, emocional, psicológico, como actos agresivos, violentos oral, afectando de manera negativa al ser humano, su inclusión, a la vida social; la violencia indirecta, es aquella que de manera extensiva han experimentado o presenciado las personas, cuando uno o varios de sus miembros se han visto violentados, agredido, por ejemplo: en el caso de este estudio, los niños, niñas y adolescentes víctimas de una violencia sexual, la dinámica familiar cambia de forma inesperada su esperanza, expectativas, su proyecto de vida familiar.

Es importante tener en cuenta que algunos casos de violencia sexual, la víctima indirecta (padres, hermanos, primos, abuelos, entre otros), también experimentan traumas, evidenciado en su inestabilidad emocional, psicológica, impotencia, requiriendo ser atendidos a nivel psicosocial por profesionales idóneos en la materia, para apoyar a la familia durante este proceso de duelo.

Para Echaburúa y Corral (2005), mencionan que el hecho del trauma sufrido por la víctima puede ser extendido a otras personas cercanas actuando como “un círculo concéntrico”, en primera instancia está la víctima directa, siguiendo los familiares, y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

por último están los amigos, y la comunidad a la cual pertenecen, quienes pasan a ser víctimas indirectas del evento violento, teniendo en cuenta que deben enfrentar “el dolor de sus seres queridos”, en el caso de los familiares, que deben intentar superarlo para reajustarse a las circunstancias adversas.

A su vez, los autores exponen que la superación del trauma ocasionado a las víctimas depende en gran medida de los recursos utilizados por la misma, para lo cual tenemos que el apoyo familiar y social, la carencia de interacción con otros puede dificultar o no la recuperación de la víctima.

Para Castro, Campero y Hernández (1997); subrayan la importancia del apoyo familiar y su asociación con la salud mental de las personas. Sin embargo Procidano y Heller (1983), afirman que el apoyo familiar percibido puede ser diferente al apoyo familiar recibido por la víctima.

2.5. Vulnerabilidad

Para Piers Blaikie, Terry Cannon, Ian Davis & Ben Wisner (1994), por vulnerabilidad “entendemos las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural. Dicen los autores que implican una combinación de factores que determinan hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad”.

Éstos investigadores concuerdan en que las personas utilizan estrategias para afrontar las dificultades o adversidades que se les presenta por muy difíciles que éstas sean, su capacidad para obtener recursos depende de la conciencia que se tenga sobre el hecho ocurrido y de la actitud que la persona asuma frente al evento mismo, ya que no solamente requieren sobreponerse a la adversidad, sino también conseguir otras necesidades como ser humano, que le permita sentirse valorado, apoyado y acompañado por su familia, sentir en ese momento que puede contar de manera especial e incondicional con sus parientes más cercanos, demostrado además a través de lazos afectivos positivos. A todo lo anterior y teniendo en cuenta otros aspectos como; el contexto socioeconómico, cultural, y la oportunidad al acceso a políticas públicas, se puede determinar altos y bajos niveles de vulnerabilidad.

En los casos de abuso y violencia sexual en adolescentes, son múltiples los motivos por el cual un menor se encuentra en situación de riesgo, amenaza o vulneración; los niños y niñas también son abusados por otros niños menores, que aprovechan su estado de indefensión o vulnerabilidad, esta situación en muchos casos, se presenta porque los niños han experimentado algún tipo de abuso o violencia sexual, otras veces por su curiosidad sexual, manejo inadecuado de su sexualidad, carecen de orientación sexual por parte de sus padres o cuidadores.

2.6. Cogniciones postraumáticas

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

El Trastorno de Estrés Post traumático se define como un trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o su integridad física, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas, (APA, 1994, 2000) .

La exposición a cualquier trauma, incluida la violencia doméstica, puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, a los demás y al mundo. Las principales creencias y percepciones que se ven modificadas producto de una experiencia traumática, recogidas en la literatura científica, son: a) Percepción de seguridad o vulnerabilidad, b) Expectativas de repetición del trauma en el futuro o aumento en la severidad del mismo, c) Auto punición por lo sucedido, d) Percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático, e) Percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva, f) Incremento en la tolerancia a la violencia, g) Cambio en las creencias acerca de los demás (desconfianza, miedo), y h) Percepción de falta de significado (Dutton, 1993) .

La vivencia traumática repercute en la salud psicológica y física del individuo. Sus efectos sobre el bienestar dependerán no sólo de la intensidad del acontecimiento vivido, sino, más importante, de la capacidad del individuo para afrontar la situación (Ramos, N. 2000).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

La violencia sexual vivida en la etapa infantil o en la adolescencia, es un problema social que se le está trabajando con mucho interés en los últimos años, se entiende que deja secuelas severas especialmente cuando la víctima presenta su niñez o adolescencia.

La impotencia de querer resolver o haber evitado el evento, genera angustia, manejo de estrés, especialmente en la víctima directa, quien en la mayoría de los casos presenta consecuencias importantes como los síntomas de estrés postraumáticos.

En contextos sociales receptivos la comunicación emocional favorece el procesamiento cognitivo y el ajuste psicológico al trauma, en cambio cuando la revelación tiene lugar en un contexto social poco receptivo la adaptación al trauma resulta difícil (Lepore y cols., 1996).

Con respecto al tema, Blanco y Amarís (2009) plantean que: Las aproximaciones más recientes desde las que la Psicología ha abordado el estudio de las experiencias traumáticas (Brewin & Holmes, 2003; Dalgleish, 2004, y Cahill & Foa, 2007), han optado por asociar el trauma preferentemente a la cognición.

La postura imperante entre los investigadores es que, en la mayoría de los casos estudiados, las agresiones sexuales infantiles constituyen una experiencia traumática con repercusiones negativas en el estado psicológico de quienes las padecen (Echeburúa y Guerrica E, 2000).

Sin embargo, no se tienen evidencia de la existencia de un grupo consistente de síntomas que se puedan considerar como un «síndrome post abuso», y ciertamente no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior (Rind, Tromovich y Bauserman, 1998).

Por su lado Benyakar, (2005); García, (2005); afirman que es en el punto frágil de la estructura donde se produce la mayor afectación del hecho violento, aunque posteriormente sus efectos se revelen a través del trauma. Sin embargo de acuerdo a la manera como perciba el individuo el evento, y la intensidad del mismo, determinará si su experiencia es o no traumática.

El stress post-traumático, conocido indicador psicopatológico, es en muchos casos una reacción posterior a los efectos del ASI (Mahoney, 2005; Usta & Farver, 2010),. Múltiples estudios sobre el Abuso Sexual Infantil, afirman que las víctimas presentan un alto riesgo a desarrollar síntomas de TEP durante la edad adulta (e.g., Kingston y Raghavan, 2009).

Mediante estudio realizado por Bustos, Rincón, Aedo (2009) sobre Trastorno de Estrés Postraumáticos en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, cabe resaltar que durante el procedimiento y prueba piloto los investigadores evaluaron diferentes escalas tratando de aplicar la escala que cumpliera con las exigencias de la

investigación, según criterio de los autores descartaron algunas escalas, escogiendo la CPSS por sus características psicométricas.

2.7. Funcionamiento familiar

Según Camacho y Cols (2000), la familia constituye el núcleo fundamental de toda sociedad considerada como referente social para cada uno de sus miembros, más aún en el adolescente, quien vive en un permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial en su desarrollo individual y en su identificación familiar.

De esta manera, el funcionamiento familiar es relevante en el desarrollo del adolescente, actuando como el soporte necesario para su desempeño familiar e individual; así se entiende que este funcionamiento es la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión familiar, armonía, rol permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

La funcionalidad familiar, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales (Cárdenas, D. 2012).

La familia es el escenario donde en primera instancia existe una interacción entre sus miembros, de allí que de la manera cómo se da la dinámica familiar, sus integrantes serán “sanos o enfermos”. Las circunstancias de dificultad que están insertadas en las relaciones interpersonales contribuyen al deterioro de los lazos familiares (Rodríguez, H. 2006).

Con relación al presente estudio, donde las víctimas de abuso y violencia sexual son adolescentes que hacen parte de una familia, se afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente profesional y social.

Mendoza V (2002), dice que “El mal funcionamiento, de uno de los elementos de la dinámica familiar como el poder y la normatividad, generaría crisis en todo el sistema y por consiguiente en los subsistemas (miembros de la familia) en este caso los niños en mayor grado”.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Autores como Hill (1958) desarrolló dentro del enfoque sistémico, el modelo ABCX de crisis familiares, el cual establece que: A (el evento estresor) interactuando con B (los recursos de la familia ante la crisis) interactuando con C (la definición que hace la familia del evento) produce X (la crisis).

En este modelo, Hill definió un estresor como una situación para la cual la familia ha tenido poca o ninguna preparación previa y crisis, como cualquier cambio agudo o decisivo, desde el cual los viejos patrones son inadecuados Hill posteriormente, describió los estresores en términos de su severidad, la cual operacionalizó como el número de cambios requeridos por el evento estresor.

Por su parte McCubbin y Patterson (1982), han desarrollado dentro del enfoque sistémico y en concordancia al modelo circumpleso, el modelo Doble ABCX, para describir más adecuadamente la adaptación familiar al estrés o la crisis. Esta ampliación del modelo ABCX de Hill, agrega un componente adicional a cada uno de los factores. La Doble A incluye, no sólo el estresor original, sino también la acumulación de eventos vitales experimentados por la familia en el mismo momento.

Condori L. (2002) expresa que cada familia actúa con particularidad a la hora de dar respuesta a momentos inesperados de crisis, utilizando sus recursos dentro del sistema familiar para superar la crisis, para lo cual expone el autor, dos dimensiones: Patrones familiares internas y externas para manejar la crisis.

El término patrones o estrategias internas para manejar la crisis, define la forma como los miembros de la familia de manera individual abordan las dificultades, usando recursos que residen dentro del sistema nuclear. Las estrategias o patrones externos son la conducta activa que despliega la familia para adquirir recursos fuera del sistema nuclear.

2.8. Afrontamiento familiar

El término afrontamiento hace referencia al aspecto del proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores (Salanova, Grau y Martínez, 2005).

En la actualidad se emplean diversas taxonomías de estilos de afrontamiento, lo que hace difícil las comparaciones entre estudios. Sin embargo, el modelo que predomina a la hora de clasificar las estrategias empleadas al hacer frente a la experiencia de abuso es el de «aproximación- evitación» (Roth y Cohen, 1986).

Según este modelo, los pensamientos y/o acciones pueden estar dirigidos hacia una amenaza o a alejarse de ella (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold y Milner, 2001). De este modo se enfatiza la dirección del afrontamiento, de forma que las estrategias de aproximación están orientadas hacia la amenaza, mientras que las de evitación a alejarse de dicha amenaza (Cortés y Justicia, 2007).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Hernández (1996), considera que el nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, en respuesta a un evento estresante o a una transición, depende de la interacción de los siguientes factores:

- a. El tipo de relaciones que mantienen sus miembros; tipo de familia, número de miembros, etapa del ciclo vital, jerarquía y límites, cohesión familiar, participación, comunicación padre-hijo, comunicación conyugal, rutinas familiares.
- b. El estilo de afrontamiento de los problemas; búsqueda de apoyo social, religioso, profesional y redefinición del problema.
- c. Las fuentes de apoyo del adolescente y de su familia.
- d. Los valores y creencias de la familia; esfuerzo personal, poder, dinero, sexo y valores morales.
- e. La acumulación de tensiones y estresores.
- f. Los recursos de la familia para resistir las tensiones; nivel académico de los padres, ocupación de los padres, número de aportantes a gastos, ingresos y servicios.

McCubbin, Larser y Olson proponen la existencia de dos tipos de estrategias de afrontamiento familiar, “estrategias internas y externas” Estrategias internas de afrontamiento familiar se refieren a la forma en la cual los individuos se enfrentan a las dificultades utilizando los recursos existentes dentro de su propia familia.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Dentro de ellas se encuentra:

Reestructuración: hace referencia a la habilidad para redefinir las experiencias estresantes de manera que sean más aceptables y manejables, permite ver cómo la familia cambia su punto de vista gracias a la confianza en su capacidad para manejar sus problemas.

Evaluación pasiva: La evaluación pasiva opera como una respuesta de evitación de los problemas, además se tiende a reflejar una actitud más pesimista hacia los asuntos por resolver.

Las estrategias externas de afrontamiento familiar se refieren a las conductas de los miembros de la familia dirigidas a conseguir recursos en fuentes ajenas a la familia. Son de tres tipos:

Obtención de apoyo social, es la habilidad para utilizar los recursos de familiares, amigos, vecinos, etc.

Búsqueda de apoyo espiritual: es la capacidad familiar para acercarse a ese tipo de soporte.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Movilización familiar: para obtener y aceptar apoyo, habilidad de la familia para buscar recursos de la comunidad y aceptar ayuda.

Tanto estudios generales como investigaciones específicas en víctimas de abuso sexual infantil, en la búsqueda de identificar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento de evitación y el ajuste psicológico, investigadores como; (Velasco, Fernández, Páez y Campos, 2006), Bal, Van Oost, Bourdeaudhuij y Crombez, 2003; Daigneault, Héberí y Tourigny, 2006; Filipas y Uuman, 2006), sostienen que las víctimas presentan una correlación en su estado psicológico negativo.

Sin embargo otros estudios revelan que existe mayor ajuste psicológico en las víctimas que utilizaron estrategias de afrontamiento de evitación, obteniendo un resultado inverso a otras investigaciones.

Folkman & Lazarus (1980) afirman que las personas pueden utilizar un afrontamiento centrado en el problema, cuya finalidad es solucionar el evento que está generando estrés, u optar por un afrontamiento centrado en la emoción, es decir, regula las emociones que se asocian al evento o la situación que ha causado estrés.

Por su parte Amarís, Madariaga, Valle y Zambrano (2011) citando a (Lazarus & Folkman, 1986; Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993), exponen que buscar ayuda en otras personas o en entidades, en los momentos de situaciones crisis se establece

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

una manera efectiva y adaptativa de enfrentar de forma espontánea la tensión con apoyo de otras personas.

Para Roy, “el afrontamiento ha sido definido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender demandas del ambiente, que actúan como un todo sus procesos vitales y su integridad, esencial para la salud y el bienestar”.

Existen dos tipos de afrontamiento, el primero habla sobre la participación y el interés de la familia para disminuir el estrés de la huella que deja el evento estresor y lograr una adaptación o superación del origen de la alteración. Por otra parte la capacidad que tiene la familia para interactuar con el ambiente en el cual se desenvuelve, alcanzando transformaciones favorables dentro del procesos de recuperación. Independientemente de la edad del menor o de las medidas urgentes psicosociales o judiciales que deban adoptarse para proteger a la víctima, la intervención psicológica con los familiares es imprescindible.

2.9. Familia y violencia sexual en adolescentes.

La familia se caracteriza por ser un sistema en constante transformación, existiendo un equilibrio dinámico entre la tendencia hacia la homeostasis (estabilidad) y la capacidad de transformación (cambio); lo cual se explica por ser un sistema activo que se autogobierna mediante reglas que ella misma desarrolla y modifica para

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

adaptarse a las variadas exigencias del ciclo vital; y por ser un sistema abierto en interacción con otros sistemas (Andolfi, M., 1991).

Desde el punto de vista de su estructura, la familia se organiza en subsistemas que están separados por fronteras simbólicas manteniendo la identidad de la familia a través del ejercicio de roles, funciones y tareas necesarias para la existencia del conjunto (Minuchin, S. 1992).

Según Hernández (1996) la familia es vista desde una perspectiva psicosocial, como: Uno de los microambientes donde permanece el adolescente y, que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Al ser la familia un punto de referencia en la presente investigación, surgen algunos interrogantes teóricos acerca de la correlación entre el fenómeno del abuso sexual y la familia, ¿Qué sucede en la familia cuando se presenta un caso de abuso sexual y violencia sexual?

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas (Becoña, 2002).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Sin duda alguna el abuso sexual en la familia es un proceso difícil y doloroso de asumir y enfrentar, que supone un duelo y grandes cambios para todos sus miembros, estos implican, entre otros, cambios en la dinámica familiar y la forma de relacionarse, cuestionarse la propia conducta mantenida a lo largo de los años, asumir la culpa de no haberlo sabido detectar, de no haber podido proteger al niño, niña o adolescente, así como gestionar las emociones de duda, incredulidad, impotencia, miedo o la pena que implica ser prejuiciado o estigmatizado por presentarse un hecho de abuso o violencia sexual en la familia.

En aquellas familias en las que las relaciones son disfuncionales, que se caracterizan por su desestructuración, donde hay altos niveles de violencia entre los miembros, graves problemas psicológicos y de consumo de sustancias psicoactivas , en las que no se dispone de los suficientes recursos personales para asumir los cambios que implica una situación de este tipo ni para aceptar la propia responsabilidad en el hecho, lo más frecuente es que no se proporcione apoyo al niño, quedando el abuso o violencia sexual en secreto o el silencio de quien lo padece.

Este tipo de afrontamiento familiar según algunos autores trae como consecuencias; sentimientos de culpa, la sintomatología postraumática y el riesgo de suicidio, así como dificulta la efectividad de los tratamientos psicológicos aplicados (Cohen y Mannarino, 2000) Cit en: (Pereda, 2011). En relación a lo anterior Condori L., (2002) dice que por lo general las familias experimentan crisis imprevistas, lo que le

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

dificulta encontrar solución porque no ha tenido una experiencia similar anterior al suceso. Para Bravo Cristina (2008), las consecuencias de la violencia en menores de edad, producen en la víctima; dificultad para relacionarse con otros, encierro, inseguridad, agresividad, síntomas de estrés postraumáticos, dificultad para relacionarse con los compañeros del colegio, pesadillas, puede bajar su rendimiento escolar, sintomatologías depresivas, entre otros problemas.

Se ha observado que la percepción de apoyo social tiene un efecto positivo directo en el bienestar emocional de las víctimas de abuso sexual (Alaggia, 2002), de acuerdo con esto, autores como: Spaccarelli y Kim (1995) defienden que aquellas víctimas de abuso sexual infantil resilientes son las que presentan un mayor nivel de apoyo parental, así como un menor nivel de variables de riesgo relacionadas con el abuso (más de un agresor, coerción durante abuso) y con los hechos posteriores al abuso (conflictos parentales, múltiples entrevistas con profesionales diferentes, entre otros).

2.10. Bienestar y adolescentes víctimas directas e indirectas de violencia sexual

La violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y sus familias, así como de la sociedad en general. Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma de violencia sexual, la relación entre la víctima y el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

sexuales, es decir, relaciones familiares, sociales, comerciales o en el conflicto armado, las redes familiares y sociales de apoyo, la respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento (Diario Oficial. 2012).

Los adolescentes sobrevivientes a la violencia sexual están en riesgo de daño físico, Enfermedades Transmitidas Sexualmente (incluido el VIH), embarazos no deseados y abortos en condiciones no seguras. Además de los daños físicos, los sobrevivientes jóvenes a la violencia sexual pueden sufrir graves problemas de salud mental y psicológica.

Para Brito, (s.f), en su estudio expresa que las manifestaciones psicológicas, encontradas en las adolescentes víctimas de abuso sexual fueron: el bajo rendimiento escolar, las ideas suicidas, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, miedos y rechazo hacia los agresores, al hogar y a la figura masculina. También la agresividad, irritabilidad, dificultades en las relaciones interpersonales.

De igual forma, la importancia del rol materno en la recuperación de las víctimas se enfatiza en diversos estudios empíricos. Por ejemplo Ganduglia particulariza algunos de los aspectos psicosociales más específicos, especialmente en la revelación y la intervención psicosocial de diferentes organismos; el rol materno juega un papel importante en: a) la posibilidad de revelación de la ocurrencia del abuso sexual, b) en su evaluación, tanto clínica como forense y c) durante el testimonio del niño en el caso de sustanciación y de arribo a juicio (Teubal, R. 2010)

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otro lado, son escasas las investigaciones o la literatura asociada a la repercusión que tendría la victimización sexual a nivel familiar, las que se enfocan principalmente en los padres, indagando en las reacciones de estos ante la revelación y en los efectos conductuales y emocionales que sufrirían (abarza y olivares, 2000; barudy, 1998; Hooper, 1992; Malacrea, 1998; Mannarino y Cohen, 1996; Mc Court, Peel y Carroll, 1998; Perrone y Nannini, 1997). En esta misma línea, Arriagada y Thiers (2005) señalan que a largo plazo dichos efectos pueden conllevar a la aparición de sintomatología, llegando incluso a adquirir características postraumáticas. Al respecto, se describen en los padres de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales principalmente sentimientos de culpa, pérdida de confianza, aislamiento, temor, vergüenza, rabia y pérdida de control, entre otros.

La experiencia traumática repercute en la salud psicológica y física del individuo. Sus efectos sobre el bienestar dependerán no sólo de la intensidad del acontecimiento vivido, sino, más importante, de la capacidad del individuo para hacer frente a la situación. Tras la experiencia traumática, el individuo puede sufrir alteraciones de tipo emocional a las que acompaña una mayor activación cognitiva relacionada con la experiencia. Este tipo de alteraciones obligan al individuo a comprender, dar sentido e integrar lo ocurrido, como forma de restablecer su equilibrio interno (Ramos, N.2000).

Cuando los individuos viven una experiencia traumática sus modelos mentales, creencias y actitudes pueden quedar seriamente dañados. La razón es que la

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

experiencia traumática confronta a la persona con nueva información que es inconsistente con la que se hallaba en sus esquemas mentales de seguridad e invulnerabilidad (Janoff-Bulman, 1992).

2.11. Violencia sexual en Colombia

La violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social.

En donde, hay que considerar que las cifras de violencia sexual y la situación de esta en el marco de la realidad Colombiana muestran sólo una parte de la altísima vulneración a los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres que son víctimas cotidianas de las violencias sexuales en el marco de relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común y en el marco del conflicto armado. Sólo un pequeño porcentaje de las víctimas acceden a los servicios de salud buscando atención médica específica por causa de la violencia sexual (Ministerio de la Protección Social, 2011).

De igual manera, en Colombia se han producido avances relevantes frente a la violencia sexual en materia legislativa, desde finales de la década de los noventa, se ha

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

dado su reconocimiento como una problemática de salud pública, el establecimiento de los derechos de las víctimas y la adopción de guías y protocolos de atención (Diario oficial 2012)..

En año 2009 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 21.612 exámenes sexológicos; estos corresponden a un incremento del 0.74%, respecto al 2008. De los 21.612 casos, 84.25% le fueron practicados a mujeres y el 15.75% a hombres. Entre el año 2007 y el año 2009 se realizaron en el país 49711 dictámenes sexológicos por violencia y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. La cifra total de exámenes sexológicos se ha incrementado año a año, evidenciando el incremento de los fenómenos de denuncia y del fenómeno en sí mismo. Sobre el total de exámenes Sexológicos realizados entre el 2007 y 2009, los exámenes realizados a niños, niñas y adolescentes (NNA) son en promedio el 85% del total de los casos (42.254 casos promedio, en tres años).

Las cifras de violencia y abuso sexual disponibles en el país a partir de fuentes forenses muestran que la población infantil en todas sus edades y condiciones, aunque con preponderancia de las niñas y las adolescentes femeninas, se constituye en un grupo vulnerable ante la violencia sexual. Por las características del delito y el fenómeno, la mayoría de las niñas y los niños que son víctimas del mismo, están expuestas a situaciones de abuso repetitivo, que muchas veces no saben identificar y que por lo tanto, no ponen en conocimiento de otras personas, sumado al hecho de que la gran mayoría de situaciones de abuso sexual son ejercidas por personas conocidas y

familiares, y en lugares conocidos por la víctima (Ministerio de la Protección Social, 2011).

2.12. Legislación Colombiana frente a la violencia sexual

Colombia cuenta con una norma jurídica específica para la infancia, denominado, Código del Menor (Decreto 2737 de 1989), aquí se hace referencia a esta norma vigente desde la década del 80, la cual se expidió, aún antes de la entrada en vigencia de la Convención y de la promulgación de la Constitución Política de 1991. Este Código tiene por objeto consagrar los derechos fundamentales del menor, determinar los principios rectores que orientan las normas de protección en términos de su prevención como protección especial, así como señalar las competencias y los procedimientos para garantizar los derechos del menor (ICBF, 2004).

También se destaca la Ley 1098, de noviembre 8 de 2006, en la cual se consagran como aspectos fundamentales la protección integral a niños, niñas y adolescentes, entendida como el reconocimiento de los menores de 18 años como sujetos de derecho, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza y vulneración y la seguridad del restablecimiento inmediato.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De igual forma, está la Ley 1146 de 2007 por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, esta ley es importante porque hace claridad respecto a dos aspectos fundamentales: prevención y la atención integral³⁷.

Así mismo, se han desarrollado políticas como:

- Política Nacional de Construcción de Paz y convivencia Familiar 2005-2015 “Haz Paz”. La cual tiene como propósito prevenir y atender la violencia intrafamiliar mediante una estrategia intersectorial dirigida a apoyar a los individuos, las familias y las comunidades, en el marco de su misión: transmitir principios y valores de convivencia y dotar a los núcleos básicos familiares de instrumentos para resolver los conflictos de manera pacífica.
- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: promueve el ejercicio de los derechos sexuales de toda la población, con el especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.
- Política Pública Colombiana de la Lucha Contra la Trata de personas: está orientada a la adopción de medidas que permitan prevenir el fenómeno, brindar protección y asistencia para garantizar el respeto a los derechos humanos de todas las víctimas o posibles víctimas de la trata de personas, tanto en territorio nacional como en el exterior.

2.13. Violencia sexual en adolescentes del Centro de atención integral para víctimas de violencia sexual (CAIVAS), seccional Riohacha.

Tabla 1. Datos estadísticos sobre violencia sexual en adolescentes en Riohacha para el periodo comprendido entre 2011 y 2012

CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (CAIVAS), SECCIONAL RIOHACHA.	<p>88 casos desde enero a octubre de 2011. Así mismo se han reportado desde enero a octubre del 2012, 98 casos de violencia sexual infantil, notándose un incremento de los mismos. Cabe resaltar que se incluyen de manera total los casos ingresados (0-18 años de edad).</p> <p>Registrados 68 casos en edades de 0 a 18 años de edad, para el año 2011, observándose un porcentaje mayor en</p>
---	---

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

<p>MEDICINA LEGAL REGIONAL –LA GUAJIRA</p>	<p>la violencia femenina.</p> <p>Durante el año 2012, ingresaron 74 casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad, siendo la tendencia a incrementar, asimismo se observa un porcentaje mayor en el sexo femenino con relación al sexo masculino.</p>
--	---

Fuente: Centro de Atención integral para víctimas de violencia sexual (CAIVAS), seccional Riohacha. Medicina Legal- municipio de Riohacha.

- **3. EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La violencia es un problema de salud pública en todo el mundo, con el tiempo se ha venido afianzando, y apareciendo nuevas formas de ejercerla, dejando destrucción y sufrimiento a la humanidad. Según informe mundial sobre la violencia y la salud, “la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad”.

Cabe resaltar que existe diferentes formas de violencia, sin embargo en esta investigación haremos énfasis en la violencia sexual en la población adolescente víctimas directas e indirectas, teniendo en cuenta que hace parte de unas de la formas del maltrato a los menores de edad, a quienes los adultos estamos en la obligación de proteger y no de vulnerarles o amenazarles sus derechos³⁹.

En donde, la violencia sexual es una de las formas en que se da la violencia, ésta se ha posicionado progresivamente como un tema de gran interés para Colombia por lo cual su abordaje ha avanzado en torno a la necesidad de brindar respuestas integrales a las personas que la sufren. Para el sector salud la violencia sexual ha sido reconocida como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y que presenta serías afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen (Ministerio de la Protección Social 2011).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Según Pugliese, A. (2010), el reporte de Medicina Legal y Ciencias Forenses, estima que en Colombia cada año, más de 15.000 niños y adolescentes, son abusados sexualmente, lo que significa un problema social que se acrecienta anualmente en nuestro país, la autora continúa exponiendo que el punto más importante que las cifras es la integridad de la víctima resaltando que se encuentran más expuestos aquellos niños, niñas y adolescentes que conviven sólo con el padre, padrastro, madrastra, u otras personas que asumen el rol de cuidadores.

De acuerdo a lo anterior, la violencia sexual es una problemática frente a la cual cualquier niño, niña, adolescente, mujer y hombre puede estar expuesto. Es una problemática tan común y cercana que muchas veces para la sociedad es invisible, cotidiana o fuente de resignación e indignación (Ministerio de la Protección Social 2011).

En consideración, la adolescencia es una etapa fundamental para el o desarrollo de la personalidad y de la identidad sexual o establecimiento de vínculos relacionales y afectivo-sexuales. En donde, el abuso sexual en esta etapa tiene unas características y puede tener unas consecuencias específicas insuficientemente estudiadas. A lo cual, la mayoría de estudios sobre abusos sexuales se basan en la franja de edad infantil (López, S; Faro, C; Lopetegui, L; Samsó M, y Fernández, I. 2012).

Así mismo, cuando un adolescente ha vivido una experiencia sexual, en primera instancia requiere ser escuchado y comprendido por su familia, no juzgado, o estigmatizado, haciéndoles sentir culpables de la situación.

Sin embargo es la dinámica familiar, la manera cómo actúan sus miembros frente a su cotidianeidad y en especial cuando se encuentran en crisis familiar, lo que permitirá que la víctima perciba o no el apoyo familiar que necesita para superar o sobreponerse a la adversidad, o situación difícil que atraviesa, lo que a su vez influirá en su actitud y comportamiento posteriormente.

Para Prettel y Sañudo (2010), “La familia disfuncional, ante situaciones que generan estrés, responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, por lo que carece así de motivación y ofrece resistencia al cambio”.

Es importante tener en cuenta que algunos estudios afirman, que las personas que han experimentado el abuso sexual en su infancia, posteriormente, según Echeburúa y Corral, (1997), la manifestación a hechos violentos puede influir en la salud mental de las personas que las padecen, mostrando en algunas variaciones relevantes, primordialmente, “trastornos de ansiedad como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)”. Lo anterior se puede identificar en un porcentaje significativo de las víctimas o personas que han estado presentes en un hecho traumático.

Considerando que la violencia sexual, es un problema social que debemos contrarrestar o prevenir, aun cuando siempre ha existido la violencia, no por ello debemos permitirla, más aún si quienes la padecen son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, como población vulnerable se convierten en “la víctima fácil” de sus agresores,

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

que hacen uso de su poder y de igual manera utilizan mecanismos como; la amenaza, el chantaje y la fuerza física para lograr su objetivo, en este caso vulnerar el derecho a la integridad física, moral y al libre desarrollo de la sexualidad en nuestros NNA.

Por otra parte, es importante considerar, que la problemática del abuso sexual infantil, no afecta solo a la víctima, y a su familia, sino que trasciende a lo social. En concordancia “La violencia sexual también puede afectar profundamente al bienestar social de las víctimas, ya que pueden ser estigmatizadas y aisladas por su familia y otras personas por esa causa (27, 28)”.

Lo que a su vez, la familia como soporte importante, debe asumir el papel de socializador, ser un escenario donde se experimentan lazos afectivos fuertes, apoyo, formación, protector, cuidador, como la principal fuente proveedora de salud mental a sus miembros. Considerando lo dicho por Herrera P, (1997), la familia tiene la capacidad de estimular el desarrollo integral de sus integrantes y sostener de manera adecuada la salud mental de los mismos, lo cual se refleja en el bienestar de sus carencias esenciales y psíquicas.

En la actualidad este tipo de delito ha producido un interés en estudios profundos sobre los efectos psicológicos y sociales en las víctimas como la violación, sin lugar a dudas, al igual que los estudios de los efectos de la violencia sobre los ex combatientes de la guerra, los realizados sobre los procesos que sufren las víctimas de violación (y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

posiblemente pueda generalizarse a toda forma de abuso sexual) han servido como proceso-tipo para la definición del cuadro clínico del síndrome de estrés postraumático.

Con el desarrollo de la presente investigación, y la participación activa de cada persona en la ejecución de políticas públicas adecuadas, que se efectúen a través del programas de salud pública (intervención psicojurídica, médica, social), teniendo en cuenta el contexto cultural, social y, económico de cada país, se pretende de algún modo, evitar o disminuir la violencia sexual en los niños, niñas y adolescentes, que cada vez se incrementa de forma indiscriminada no solo en la ciudad de Riohacha, sino alrededor de toda Colombia.

Esta propuesta se encuentra dirigida a realizar una investigación que permita generar conocimiento dando respuesta a la siguiente pregunta principal:

¿Cuáles son las características de la salud mental, el funcionamiento familiar, afrontamiento familiar y cogniciones irracionales postraumáticas en familias adolescentes víctimas directas e indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha-La Guajira?

- **4. OBJETIVOS**

4.1 Objetivo general

Comparar el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años de víctimas directas con las víctimas indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

4.2. Objetivos específicos:

4.2.1. Describir el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años de víctimas directas con las víctimas indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

4.2.2. Comparar el funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años de víctimas directas con las víctimas indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

- **5. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

- **5.1. Definición conceptual**

McCubbin y cols, definen el afrontamiento ante el estrés como el manejo que realizan todos los miembros de un grupo familiar frente a una situación crítica. A su vez, McCubbin y Patterson (1983), enuncian que las respuestas del afrontamiento buscan cambiar las circunstancias estresantes, reducir el nivel de tensión familiar y mantener la unidad y el equilibrio al enfrentar las tensiones. Boss aporta a la definición enfocándose principalmente en las características individuales, afirmando que cuando uno de estos miembros de un grupo se ve afectado, el grupo difiere funcionalmente. A partir de esto se hace importante tener en cuenta los procesos de afrontamiento individuales como los grupales o familiares (Arrieta, M; Amaris, M; y Valle, M. 2012).

Agudelo C et, al (2010), expresan en lo referente a Afrontamiento “Llamamos afrontamiento familiar a la capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud”, afrontamiento familiar en la Unidad de Cuidado Intensivo (Adulto).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otra parte, según McCubbin, Thompson y Mc Cubbin (1996), el afrontamiento individual y familiar hace referencia a la voluntad comportamental y el conocimiento que tenga una persona para sortear las situaciones estresantes.

En cuanto, a salud mental: según Keyes (2005), «La concepción *de facto* de la salud mental es psiquiátrica: las personas están mentalmente sanas o mentalmente enfermas ». Esta concepción de Keyes, es aceptada a pesar de la clara y decidida apuesta que hizo la OMS en su momento al relacionar sin ambages la salud con un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo con la ausencia de enfermedad.

Además, la salud mental la podemos distinguir a través de las siguientes dimensiones y subdimensiones: El bienestar, entendido como la satisfacción personal de cada individuo que ha experimentado la realización plena de sus necesidades básicas dentro de sus expectativas de vida. Frente a esta definición existe la conceptualización de una gama de autores. “El estudio del bienestar en el seno de la Psicología se remonta a la década de los sesenta, y en su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002), la hedónica, representada por una sólida línea de investigación que se ha ocupado del estudio del bienestar subjetivo, y la tradición «eudaemónica», centrada en el bienestar psicológico.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Diener, 1984; Diener 2000, Veenhouven, 1994, que dentro de la tradición del bienestar lo definen en términos de satisfacción con la vida, es decir, como el juicio global que las personas hacen de sus vidas.

De acuerdo con la *Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en sus versiones DSM-III y IV, el Trastorno de Estrés Postraumáticos (TEPT), es una reacción patológica caracterizada por ansiedad, que ocurre posteriormente a la exposición de un evento anormal, sorpresivo y cuyo ingrediente principal es el de implicar peligro de muerte o daño físico o psicológico serio, capaz de inducir intenso temor o pánico, disociación y sentimiento evitativos (Alejo Edgar Gerardo, 2005).

- **5.2. Definición operacional**

El presente estudio evalúa las estrategias de afrontamiento con la Escala de Estrategias de Afrontamiento Individual de F-Copes; cuyos autores son McCubbin, Olson, Larsen, además las tres dimensiones o tipos de bienestar con la aplicación de la adaptación al español (Blanco & Díaz, 2005) de las escalas de:

- Bienestar Subjetivo de Diener
- Bienestar Psicológico de Ryff
- Bienestar Social de Keyes

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Bienestar: Diener, 1984; Diener 2000, que dentro de la tradición del bienestar lo definen en términos de satisfacción con la vida, es decir, como el juicio global que las personas hacen de sus vidas.

Bienestar Subjetivo: Se define como las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace entorno a su vida. Estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales acontecimientos, como juicios sobre satisfacción y logro. El bienestar subjetivo es, pues, un concepto amplio que incluye la experiencia de emociones agradables, bajo nivel de emociones negativas y alto nivel de satisfacción con la vida (Diener, 1984, p34; Diener, 2000, p34).

Bienestar Psicológico: Para Diener, Suh y Oishi (1997). Citados por Casullo, 2002, p. 12), el bienestar psicológico, “indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas. El componente cognitivo, a los efectos de la investigación científica, parece más relevante, dado que su principal característica es ser estable, se mantiene con el tiempo e impregna la vida global de los sujetos”.

Bienestar Social: Keyes (1998), propuso una nueva dimensión de Bienestar; la social. Esta, se entiende entonces como: “La valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad”.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

En la tabla 2, se muestran los Datos de las variables, dimensiones, subdimensiones e indicadores del estudio

Tabla 2. Datos de las variables, dimensiones, subdimensiones e indicadores del estudio

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
Salud mental	Bienestar Psicológico	Auto aceptación	La auto aceptación es aceptarse así mismo, es un paso fundamental en el proceso de adquirir una autoestima saludable.
			Para medir la dimensión teórica de la auto aceptación, según el instrumento desarrollado por Ryff, llamado “Escalas de Bienestar Psicológico”, se evalúa con los ítems, 1, 7, 13, 19, 25 y 31.
			La autonomía es la capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena. Para medir la dimensión teórica de la autonomía, según el instrumento desarrollado por Ryff, llamado “Escalas de Bienestar Psicológico”, se evalúa con los ítems, 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27 y 33.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Salud mental	Bienestar Psicológico	Autonomía	
		Relaciones positivas	<p>En la construcción de relaciones positivas la persona sensata sabe que enfadarse con alguien es perder tiempo y energía. Como seres humanos nos relacionamos con otros seres humanos de manera permanente, no podemos existir sin que estemos en relación directa con otros seres humanos.</p> <p>A través del instrumento desarrollado por Ryff, llamado “Escala de Bienestar Psicológico” se evalúan estas subdimensiones con los ítems, 2, 8, 14, 20, 26 y 32.</p>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

		Dominio del entorno	Es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y la influencia sobre el contexto. A través de las “Escala de Bienestar Psicológico” se evalúa esta sub dimensión con los ítems, 5, 11, 16, 28 y 39.
		Crecimiento personal	Es el desarrollo de potencialidades del ser humano, que lucha por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Para medir esta subdimensión se utilizará el instrumento desarrollado por Ryff, llamado “Escala de Bienestar Psicológico” y se evalúa con los ítems, 24, 30, 34, 35, 36, 37 y 38.
	Bienestar subjetivo	Satisfacción con la vida	<p>El bienestar también fue definido en términos de satisfacción con la vida, es decir como el juicio global que las personas hacen de su vida.</p> <p>Según Diener La Escala de satisfacción con la vida se evalúa con los ítems 1, 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Se evaluará a través de La Escala de Afecto Positivo (Keyes et al. 2002; Blanco y Díaz, en prensa).</p>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Salud mental			<p>El afecto positivo y el afecto negativo forman dos factores distintos, la mayor parte de los estudios señalan una correlación entre ellos.</p>
		Afectos positivos	
		Afectos negativos	

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Salud mental	Bienestar social	Integración social	Keyes la define como «la evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad». Para medir esta subdimensión se evalúa a través del instrumento de La Escala de Bienestar Social de Keyes a través de los ítems 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24 y 25.
		Aceptación social	“Es imprescindible estar y sentirse perteneciente a un grupo, a una comunidad, pero es necesario que dicha pertenencia disfrute, al menos, de dos cualidades: confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros.
		Contribución social	Se define como un miembro vital para la sociedad, que el aporte que se haga al mundo es de importancia y relevancia.
		Actualización social	Esta dimensión se centra en la concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos.

		Coherencia social	La capacidad que tenemos para entender la dinámica de la sociedad.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	Bienestar social		
Afrontamiento Familiar	Reestructuración	Esta subdimensión evalúa la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables. Los ítems que los evalúan son: 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 y 24.	
	Evaluación pasiva	Es la habilidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad: los ítems que la evalúan son: 12, 17, 26 y 28.	
	Obtención de apoyo social	Se entiende por apoyo social la forma en que un miembro percibe su entorno social organizado, para recibir ayuda en situaciones de crisis. Esta subdimensión se evalúa con el instrumento del F COPES que mide el funcionamiento familiar en situaciones de crisis, los ítems son: 1, 2, 4, 5, 10, 16, 20 y 29.	
	Búsqueda de apoyo espiritual	Cuando los miembros de una familia recurren a eventos religiosos en búsqueda de obtener apoyo espiritual, los ítems que evalúan esta subdimensión son: 14, 23, 27 y 30.	
	Movilización	La destreza familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar	

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	familiar	ayuda de otros, esta subdimensión se evalúa con los ítems: 6, 8,9 y 21.
funcionamiento familiar	Cohesión Familiar	La cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y el grado de autonomía de cada miembro de la familiar.
	Adaptabilidad	La adaptabilidad se define como "la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales". Para evaluar las tipologías familiares y los tipos de funcionamiento familiar, se utilizará la escala F COPES, la cual está basada en el modelo circumplejo propuesto por Olson et al.
	Comunicación familiar	Según Gallego (2006;Cit. En Amarís, 2012), la comunicación familiar es un asunto emblemático que se produce dentro del sistema familiar, donde a través de la interacción entre sus miembros, contiene mensajes, apreciaciones, emociones y conciencias.
Cogniciones post traumáticas	Creencias negativas hacia sí	Son percepciones negativas sobre sí mismo que presenta un individuo posterior a un evento traumático, dando cuenta de la dificultad para

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	mismo.	superar la situación estresante.
	Creencias negativas hacia el mundo.	<p>Según Janoff – Bulman, citado por Rodríguez (2006; Cit, por Turizo Y. et al. 2008), es el estado positivo o negativo en que las personas apreciamos al mundo y el juicio que en él ocurren más acontecimientos positivos que negativos. P.94.</p> <p>De acuerdo a investigadores como Dutton et al (1994. Cit. en Rincón, 2003; Cit. en Turizo et al. 2008), mencionan que una de las primordiales creencias y apreciaciones que se transforman con un hecho traumático es la auto punición por lo ocurrido, las víctimas sienten que son culpables por haber permitido que ocurriera el evento.</p>
	Auto culpa.	<p>Se utilizó el instrumento creado por Foa et al. (2001), Escala para evaluar de manera oportuna y rápida TEP en niños y adolescentes, se trata de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, ítems del inventario.</p> <p>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35 y 36.</p>

• **6. CONTROL DE VARIABLES**

6.1. Variables controladas en los sujetos

QUE	CÓMO	PORQUE
Adolescentes víctimas de violencia sexual	Se escogieron sujetos adolescentes entre 12 y 18 años de edad.	De acuerdo a H. Wallon la etapa de la adolescencia comienza a partir de los 12 años de edad, expone que es la etapa de la “contradicción a lo conocido y lo que se desea conocer. Conflictos y ambivalencias afectivas”. Coincidiendo con Montañés (1996) “El inicio de la adolescencia varía de unas sociedades a otras y de unas épocas a otras”. “La adolescencia se caracteriza por una falta de sincronización entre madurez biológica y social” (Montañés, Blanc y Soriano, 1995). Lo que a su criterio es la etapa en que por su inmadurez cronológica se empieza a precisar sobre la sexualidad, roles de adulto y aceptación a la sociedad, generando múltiples problemas.
Adolescentes radicados en el municipio de Riohacha	Se escogieron sujetos adolescentes de 12 a 18 años de edad víctimas directas e	El delito sexual en niños, niñas y adolescentes está presente en cualquier contexto, no

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	indirectas de violencia sexual.	<p>conoce raza, estrato, color político, asimismo existe una gama de agresores sexuales que aprovechan las circunstancias de vulnerabilidad de sus víctimas. “En primer lugar, los adolescentes de</p> <p>trece o catorce años, es posible que ofrezcan una mayor resistencia al perpetrador, lo que explicaría el descenso del abuso sexual a partir de esta edad.</p> <p>Por último, los preadolescentes pueden ser víctimas más deseables al reunir la doble condición de continuar siendo niños y, al mismo tiempo, presentar señales indicativas de que se ha iniciado la madurez sexual. Los abusos sexuales suelen terminar alrededor de los 14-15de edad, bien porque el adolescente revela lo sucedido o amenaza con hacerlo o porque la presencia de determinados síntomas emocionales o conductuales (por ejemplo, escaparse de casa) llevan al descubrimiento de los abusos (p. 178)”. Adriana Espinosa. P.16.</p>
--	---------------------------------	--

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Violencia sexual		<p>“La violencia sexual (OMS-2010) no se refiere solamente a la violación, entendida como el acceso carnal violento, sino que incluye el embarazo forzado, el aborto forzado, la anticoncepción forzada, la esclavitud sexual, la desnudez forzada, la explotación sexual, la prostitución forzada”. Corporación sisma mujer (2010).</p>
------------------	--	--

6.2. Variables no controladas en los sujetos

QUÉ	PORQUÉ
Figura del padrastro en la conformación de nuevas familias y su incidencia en la violencia sexual infantil.	<p>Como señala Dubar (2002), citado en Ana Rivas Rivas, (2007) estos cambios y modificaciones son la constatación de una pluralidad de modos de vida, concepciones y configuraciones inéditas de formas identitarias, aún no legitimadas y carentes de recursos para expresarse y hacerse reconocer. El caso de las familias reconstituidas es un ejemplo que pone de manifiesto las limitaciones del modelo familiar imperante y el proceso de experimentación en el que se hallan inmersos los actores, para quienes no existe ya una definición unitaria acerca de quién pertenece o no a la familia. En el caso de los hogares recompuestos, después de la separación de la anterior pareja, se establece un acuerdo entre dos personas, solamente dos, para formar una pareja conyugal –con o sin matrimonio-</p>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	<p>y una pareja parental.</p> <p>Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, (1991). Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma d abandono, violencia física o moral, secuestro, venta abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajo riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes, y en los tratados internacionales ratificados en Colombia.</p> <p>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. Tal como dice nuestra Constitución Política Colombiana de 1991, en su artículo 45. “El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral”, sin embargo en muchas ocasiones la integridad de niños, niñas y adolescentes son violentadas de distintas formas, no siendo la excepción la violencia sexual que experimentan muchos de estos niños y adolescentes, haciendo un análisis del tipo de agresor sobre la situación de violencia sexual en el</p>
--	--

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

<p>Historia generacional de la violencia en las familias nuclear y reconstituida.</p>	<p>municipio de Riohacha, durante los años 2011 y 2012, se observa que de los presuntos victimarios que predominan son; vecinos, otros familiares, siguiendo la figura del padrastro dentro de los presuntos agresores sexuales de los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Según Amalio Blanco y Julia Sebastián Herranz. Madrid (2008), citando a (Sanmartín, 2002a, p. 16), “la desigualdad entre hombres y mujeres es el origen de la violencia de género, dicho de otro modo, “la violencia de género es la violencia que puede padecer cualquier mujer por el mero hecho de serlo”.</p>
<p>El nivel educativo de los padres</p>	<p>De acuerdo a estudios realizados por la ECLAC UNESCO- 1992. Citados por Jeffrey Puryear, estableciendo que “Los sistemas educativos en América Latina son notoriamente desiguales pobres están concentrados en las escuelas públicas, -de baja calidad- y la mayoría no pasa más allá de este nivel. Las clases altas y medias altas, sin embargo, envían a sus hijos a colegios</p>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	<p>primarios y secundarios privados en los cuales la calidad es significativamente más alta. La tendencia se acentúa a nivel universitario, donde la mayoría de los alumnos de todas las universidades -públicas o privadas- son de clase media o alta. Sólo una pequeña proporción de niños pobres logra hacer todo el recorrido hasta la universidad.</p> <p>Las dificultades económicas de las familias Latinoamericanas, incluyendo las familias de nuestro país Colombiano, influye notoriamente en el bajo nivel educativo de sus miembros, observamos que un alto porcentaje de los padres de familia no alcanzan a terminar la primaria y en mucho de los casos sus hijos también quedan en el mismo nivel educativo.</p>
--	---

- **7. METODOLOGÍA**

- **7.1. El Tipo de Investigación.**

Descriptiva.–A lo cual, Tamayo y Tamayo (1999), enuncia que las investigaciones de tipo descriptivo buscan describir situaciones o acontecimientos. Es describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Con mucha frecuencia las descripciones se hacen por encuestas.

De igual forma, Canales, Alvarado y Pineda (1989) señalan que los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

- **7.2. El Tipo de Diseño.**

El diseño utilizado fue de tipo descriptivo comparativo, teniendo en cuenta que estas investigaciones buscan explicar las particulares significativas de los individuos, colectividades u otro fenómeno que se pueda comparar. (Hernández y Col, 1998).

Procedimiento.

ETAPA I: Revisión del estado del arte. En la cual se revisaron bibliografías de acorde al tema de investigación.

ETAPA II: En esta Etapa se realizó la caracterización de la población objeto estudio, y se define la muestra con la que se trabajaría. Paralelamente se elabora el marco teórico a partir de la información obtenida.

ETAPA III. Se solicita el previo consentimiento informado a los padres de familia y de los mismos adolescentes (población objeto de estudio), como unidades de análisis usuarios del Centro de Atención Integral en el contexto laboral. Así mismo se ha contado con la autorización de la supervisora del contrato del mismo. Por otra parte se realizaron talleres, orientaciones y asesorías tanto a los padres como a sus hijos (población objeto estudio) con el propósito de resarcir un poco su apoyo y colaboración a este proyecto de investigación.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ETAPA IV: La aplicación de los instrumentos, a través de una prueba piloto, a fin de establecer el tiempo que se llevaría en la aplicación del mismo, durante la prueba piloto se pudo determinar que la duración de la aplicación de los instrumentos fue de 1 hora aproximadamente, para lo cual se analizó que a algunos de los adolescentes que contaban con un nivel educativo muy bajo, presentaban dificultad para leer y comprender el test a desarrollar, descartando aquellas pruebas que por las dificultades antes expuestas no se podrían tener en cuenta, finalmente se determinó aplicar los instrumentos de manera personalizada, explicándoles de manera sencilla, a través de ejemplos para facilitar su comprensión. Por otra parte fue necesario el traslado casa a casa, para complementar la muestra, teniendo en cuenta que algunos casos de usuarios se habían cerrado y se perdió contacto con los mismos.

ETAPA V: Tabulación y análisis de Resultados, luego de recolectar la información, se realizó el análisis de la misma a través del programa Excel y SPSS/PC de la versión 13.0 para Windows, el cual permitió correlacionar las variables.

ETAPA VI: Elaboración del informe, al obtener los resultados de la investigación se elabora el informe final.

Se realizó una prueba piloto a una muestra aleatoria simple de 10 adolescentes, quienes servirán como evaluadores. A ellos se les aplicaran los test de *salud mental, el funcionamiento familiar, afrontamiento familiar y cogniciones irracionales postraumáticas*, cuyos resultados permitirán un análisis descriptivo de ellos.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Para el análisis se trabajará sobre la comparación entre las variables de acuerdo a las categorías e indicadores establecidos en cada dimensión.

- . Los Sujetos.

La población objeto de estudio se encuentra como lo mencionamos anteriormente en la ciudad de Riohacha.

Las personas participantes del estudio son seleccionadas de una muestra intencional de 94 familias que de manera directa e indirecta han experimentado la violencia sexual, dado que uno de los niños, niñas o adolescente han sido víctimas de este delito sexual.

El muestreo fue intencional, pues solo se tomaron aquellas familiares de las víctimas de abuso sexual intrafamiliar atendidos por el Centro de Atención Integral e Investigación para Víctimas de Abuso Sexual, CAIVAS de Riohacha, La Guajira.

- **7.3. Los instrumentos.**

En la medición, se aplicará la adaptación del español Blanco & Díaz (2005) de las escalas de:

- Bienestar Subjetivo de Diener ($\alpha = 0,68$).
- Bienestar Psicológico de Ryff ($\alpha = 0,73$)
- Bienestar Social de Keyes ($\alpha = 0,70$)
- Escala de Estrategias de Afrontamiento Individual de Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D., Aguirre, D. C. (s.f.).

Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis F Copes. Hamilton I. Mc Cubbin, David H. Olson, Andrea S. Larsen

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

- Confiabilidad de los instrumentos

Uno de las herramientas más utilizadas para la medición de la consistencia en instrumentos de medición y escales es el Coeficiente de Alfa de Cronbach. Este indicador se define como “un índice usado para medir la confiabilidad del tipo

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados” (Oviedo y Campo, 2005).

En cuanto a su valor, el alfa de Cronbach deberá ubicarse por encima del 0,70, ya que para magnitudes inferiores la consistencia interna se considera Baja. Por otro lado, valores por encima de 0,90 pueden estar asociados a inconsistencias por duplicidad. En consecuencia, un valor aceptable de este indicador deberá estar ubicado entre 0.7 y 0.9.

Otro factor a tener en cuenta en la medición, es el tamaño de las dimensiones a evaluar. El alfa de Cronbach es una medida más apropiada para la medición de instrumentos en los cuales se mide de una sola dimensión, al tratar con instrumentos con varias grupos de escales o categorías es preferible obtener su valor individualmente para cada subgrupo, ya “que si se usa en escalas con ítems que exploran dos o más dimensiones distintas, aunque hagan parte de un mismo constructo, se corre el riesgo de subestimar la consistencia interna” (Oviedo, et. al.)

Tabla 3. Estadísticos de resumen de los elementos.

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,546	6,408	3,724	,316	1,049	,023	7
Varianzas de los	57,638	33,159	62,561	29,402	1,887	38,378	7

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

elementos							
Covarianzas inter-elementos	8,964	-27,778	38,303	76,081	-1,379	129,027	7

• **7.4. Análisis de los resultados**

La información obtenida, se analizó y tabuló primero en el Programa Excel, para luego aplicar el programa estadístico SPSS/PC+ versión 15.0 para Windows. Los grupos se compararon mediante pruebas estadísticas no paramétricas según el tipo de variable (Chi cuadrado), considerándose significativas aquellas diferencias con valores de $p < 0.05$ (nivel de confianza del 95%)

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizara un análisis de consistencia interna para los instrumentos aplicados en el presente estudio:

Tabla 4. Análisis de Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de Bienestar social de Keyes	Integración Social	0,724	5
	Aceptación Social	0,845	6
	Contribución Social	0,871	5
	Actualización Social	0,712	5
	Coherencia Social	0,744	5
Bienestar Subjetivo de Diener	Bienestar Subjetivo	0,784	5
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Auto-aceptación	0,877	5
	Relaciones Positivas	0,825	4

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

	Autonomía	0,750	6
	Dominio del entorno	0,777	5
	Crecimiento Personal	0,861	4
	Propósito en la Vida	0,761	5
Inventario de Cogniciones postraumáticas	Cogniciones Negativas del Yo	0,821	21
	Cogniciones Negativas del Mundo	0,826	7
	Autocastigo	0,738	5
Test FACES III	Cohesión	0,810	10
	Adaptabilidad	0,745	10
Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis FCOPES	Obtención de Apoyo Social	0,811	9
	Búsqueda de Apoyo Espiritual	0,674	3
	Movilización Familiar	0,722	4
	Evaluación Pasiva	0,725	4
	Reestructuración	0,858	8
N=94			

Fuente Cálculos de los Autores

- **8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

8.1. Características generales de la población

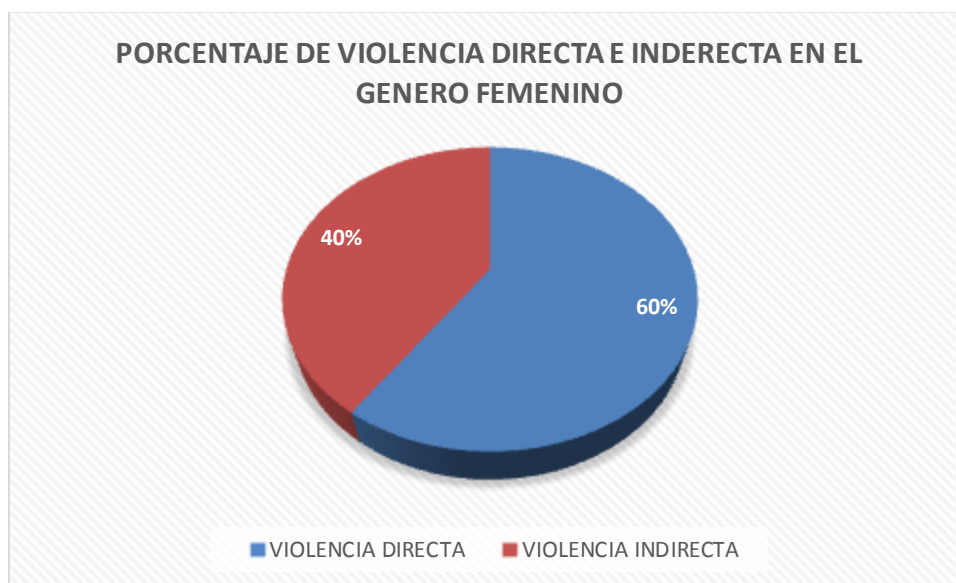
Se seleccionó una muestra no probabilística intencionada guiada por criterios de inclusión como son: adolescentes (12-18 años), víctimas directas de violencia sexual (50) y víctimas indirectas de violencia sexual (50). Con lo cual se tuvo un total de 100 sujetos estudiados para el presente estudio. Dentro de los criterios de exclusión están: niños de la primera infancia (0-6años), niños (6-11 años de edad) y la población adulta mayor de 18 años que fue víctima directa o indirecta de violencia sexual.

Entendiéndose víctimas directas como las personas que son objeto de la agresión o violencia sexual, constituyéndose en una de las vulneraciones más graves a los derechos humanos (Martínez, 2000; Neuman, 1989; Selander, 2008); y las víctimas indirectas son aquellas personas que tienen una relación afectiva estrecha con la víctima directa, de tal forma, que la victimización indirecta es aquella que sufren los familiares u otras personas cercanas al individuo agredido, quienes se ven afectados por la ocurrencia de la violencia (Espinoza, Y; Förster, C y Capella. 2011)..

8. 2. Comparación del porcentaje de víctimas directas con las victimas indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

En el grafico 1, se muestra el porcentaje de violencia directa e indirecta en adolescentes del género femenino. En el cual se puede ver, que la violencia directa en las adolescentes con un 60%, es mayor que la violencia indirecta con un 40%.

Gráfico 1. Porcentaje de violencia sexual directa e indirecta en adolescentes de género femenino



Fuente Cálculos de los Autores

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De acuerdo con el grafico anterior, en el presente estudio se ratifica una vez más, que el género femenino es el más afectado en este tipo de violencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la OMS (2009), las niñas adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual: durante los conflictos, cuando la violación se puede utilizar como un método de guerra; durante los conflictos, cuando las niñas adolescentes pueden ser forzadas a convertirse en niñas soldado o en esclavas sexuales; durante el desplazamiento de sus hogares de origen; mientras están en busca de agua o de leña; en instalaciones sanitarias o baños sin seguridad o protección; en manos de militares, integrantes de fuerzas de paz, empleados humanitarios o miembros de la comunidad (se incluyen tanto la agresión como la explotación sexual).

Quizás una de las razones por las cuales las mujeres son víctimas de violencia sexual, sea su condición física débil frente a un hombre, ya que generalmente los agresores son hombres.

También, hay que considerar que las niñas jóvenes en la adolescencia, tienen un momento crítico donde la vulnerabilidad de las mujeres se consolida. La experiencia del corte genital femenino, relaciones sexuales forzadas, infectarse con VIH, matrimonio de niños y maternidad durante la infancia, puede tener repercusiones inmediatas y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

duraderas. Las niñas que son las más vulnerables de la sociedad, incluyendo las que son pobres, huérfanas y están aisladas socialmente, generalmente están en alto riesgo.

A su vez, Artiles de León I. (1998) dice que son las féminas, las que con más frecuencia son víctimas de abuso sexual en la edad temprana, lo que pudiera vincularse a que ellas han alcanzado un desarrollo que se asemeja al de las adultas, sobre todo en los caracteres sexuales secundarios.

De alguna manera, hay que suponer que en la adolescencia comienza a desarrollarse la autonomía, la independencia, y que está en formación la personalidad, que las jóvenes son lo suficientemente moldeables y los adultos constituyen importantes figuras de poder.

También hay que considerar que las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual, en su vida de pareja en la adultez tendrán una serie de complicaciones como promiscuidad, o tendrán tendencias sexuales distorsionadas, o asimilarán tendencias de sumisión o miedo hacia el sexo.

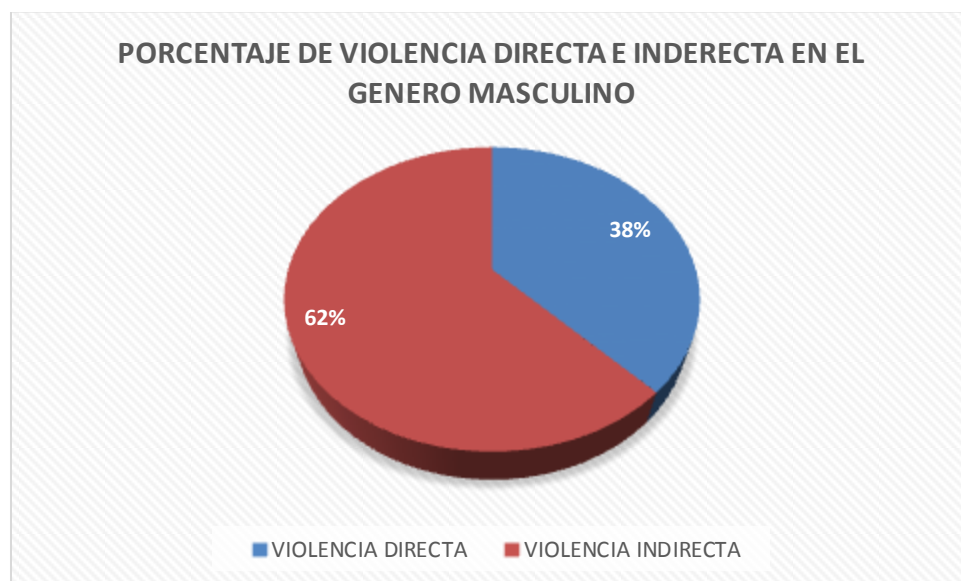
Aunque si bien, las consecuencias a largo plazo en aquellos que han sido víctimas de abuso sexual son más inciertas, que las consecuencias a corto plazo, hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta (Echeburúa y De Corral, 2006).

En el grafico 2, se puede ver, que la violencia sexual indirecta en adolescentes de género masculino tiene un porcentaje mayor que la violencia directa. Por lo cual, se puede decir que aunque los adolescentes masculinos no tengan un porcentaje alto como en el género femenino en violencia sexual directa, son éstos (hermano, primo) los que a hacen el acompañamiento en lo que se refiere a duelo.

Gráfico 2. Porcentaje de violencia sexual directa e indirecta en adolescentes de género masculino



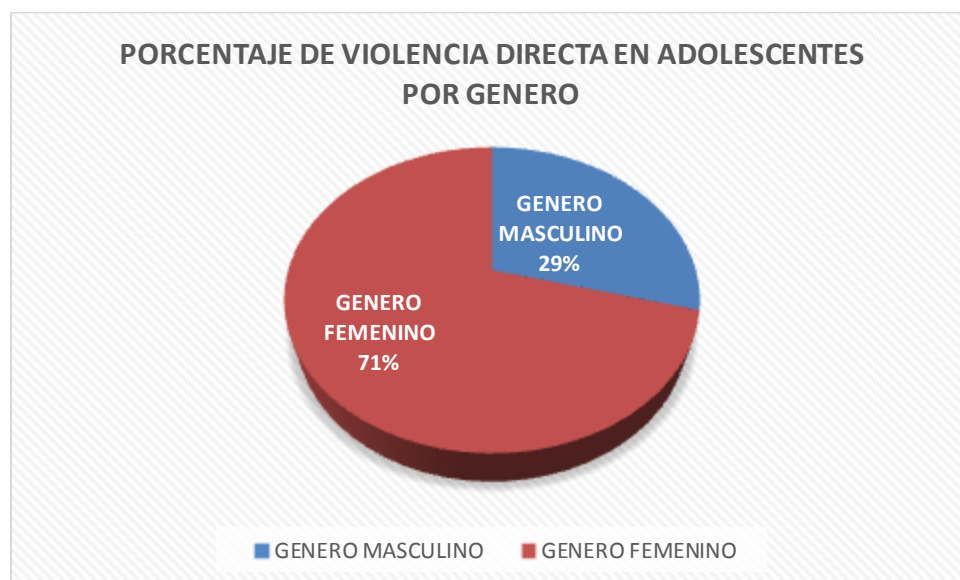
Fuente Cálculos de los Autores

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

La socialización sexual está fundamentada en apariencias no reales (estereotipos o prejuicios) como diferencia de sexo, división de trabajo y patrones culturales machistas lo cual es típico de países latinoamericanos. Este fenómeno es producto de una serie de condicionamientos personales, socioambientales que de alguna manera influyen en la respuesta de los sujetos que realizan la violencia sexual (Esbec, 1994).

Por otra parte, en el grafico 3 el porcentaje de violencia sexual directa es del 71% en adolescentes de género femenino, y para el género masculino le corresponde un porcentajes del 29%.

Gráfico 3. Porcentaje de violencia sexual directa en adolescentes por género

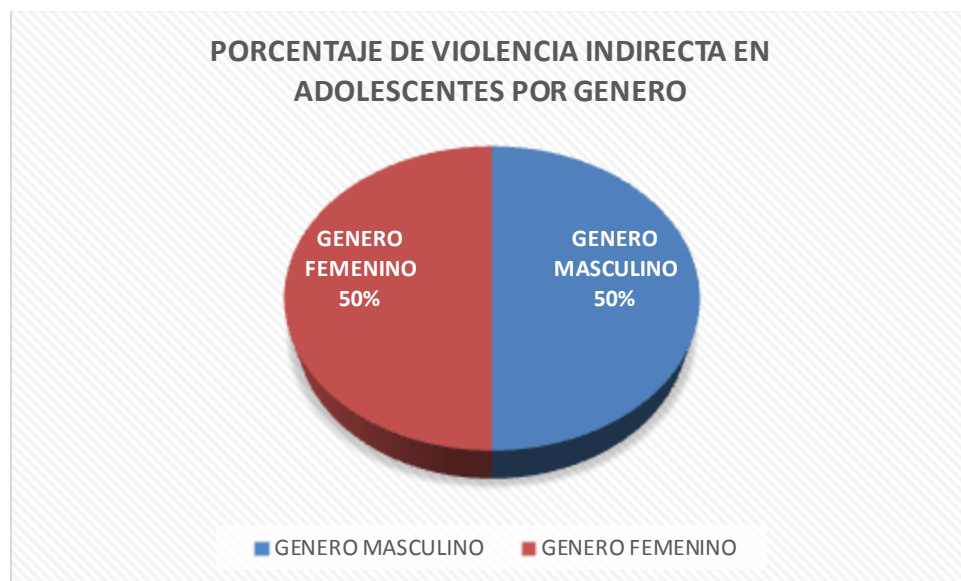


Fuente Cálculos de los Autores

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De acuerdo con estos resultados, es conveniente exigir una mayor atención hacia la violencia sexual, dirigida específicamente contra la mujer y especialmente las adolescentes que son las que están padeciéndome fuertemente este acto violento.

Gráfico 4. Porcentaje de violencia sexual indirecta en adolescentes por género



Fuente Cálculos de los Autores

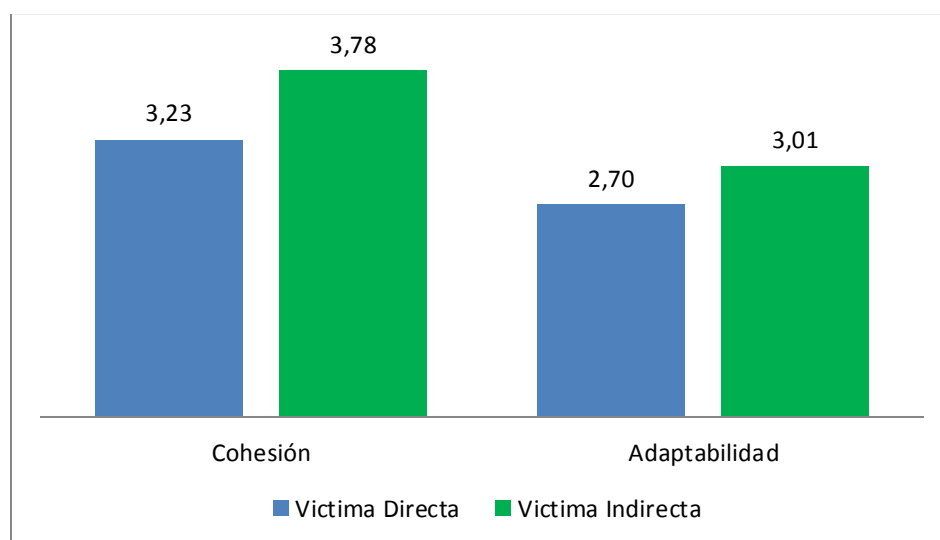
En el gráfico 4, se puede ver que la violencia indirecta en adolescentes tanto masculinos como femeninos tiene igual porcentaje (50%). Quizás este resultado, se deba a que dentro del núcleo familiar tanto las jóvenes como los jóvenes, están experimentando en alguno de sus familiares (hermano, primo, sobrino) este tipo de violencia sexual.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Con esto, no se puede pensar que porque es una violencia indirecta no hay que prestarle atención o darle la importancia que merece, todo lo contrario se debe estar alerta tanto las adolescentes como los adolescentes que están pasando por esta situación, ya que quizás ellos aunque de diferente manera también llevan a cuenta la cruz por la cual está pasando su familiar víctima directa de violencia sexual.

8.3. Descripción y comparación del funcionamiento familiar, el afrontamiento familiar, la salud mental y las cogniciones irracionales postraumáticas de adolescentes entre 12 a 18 años de víctimas directas con las víctimas indirectas de violencia sexual en el municipio de Riohacha, La Guajira.

Gráfico 5. Promedio de las Dimensiones del Funcionamiento Familiar por Tipo de Sujetos: Víctimas directas e indirectas de violencia sexual.



Fuente Cálculos de los Autores

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De acuerdo con el grafico 5, se observa que al comparar el valor promedio de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad del funcionamiento familiar en víctimas directas con las victimas indirectas el resultado es mayor en las victimas indirectas con un valor de 3,78 que en las víctimas directas donde el valor fue de 3,23. También para adaptabilidad el valor promedio fue mayor en las victimas indirectas 3,01 respecto a las víctimas directas con 2,70.

Teniendo en cuenta los resultados, se puede decir que es lógico, ya que dependiendo de quien haya sido el abusador, que en muchas ocasiones según las investigaciones son los mismos familiares de la víctima directa, la victima directa o indirecta no tiene por qué sentir unión familiar y mucho menos un vínculo de amor, aunque en la víctima indirecta, ésta tiende a ayudar, acompañar, respaldar y proteger a la víctima directa haciendo un vínculo o nexo más fuerte.

Al tener en cuenta, que Musitu y Lila (1993), en una revisión bibliográfica realizada con el objeto de identificar las variables propias de la familia, concluían que el clima, la cohesión y la comunicación familiar eran los tres pilares básicos.

Entonces, la falta de cohesión familiar en las familias de los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, genera en ellos desestabilidad y falta de

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

adaptación. Sumado a esto, el mismo hecho de que muchas veces la familia no cree en los adolescentes sobre la violencia sexual generada por un miembro o amigo de la familia trae conmoción en el individuo. Lo que conlleva muchas veces a empujar a los jóvenes a irse de sus casas, con el riesgo de ser sometidos a otras formas de violencia y explotación.

Aunque se debe tener en cuenta que para Olson, Russell y Sprenkle (1979), el funcionamiento familiar se basa en la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de los miembros que forman la familia (López L, 2002). La cohesión familiar es el vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (vínculo emocional, independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio).

En la dimensión adaptabilidad, la cual se define como “la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo” (Olson, Russell y Sprenkle 1980). Teniendo en cuenta lo anterior, las víctimas directas de violencia sexual quizás presentan una menor adaptabilidad, debido a que no están en la mejor la disposición para desarrollar habilidades, relaciones y roles como instrumento que implique el desarrollo de su personalidad, además es claro que en estos adolescentes víctimas directas de violencia sexual la adaptabilidad es un todo, que necesita de tiempo para alcanzar su realización.

De igual forma, los delitos violentos (agresiones sexuales, terrorismo, violencia familiar, etc.) suelen generar con mucha frecuencia un trastorno de estrés postraumático, así como otros cuadros clínicos asociados (depresión, problemas psicosomáticos, abuso de alcohol, etc.) y una inadaptación a la vida cotidiana (Echeburúa, De Corral y Amor, 2002).

Para los adolescentes que son víctimas indirectas de violencia sexual, la adaptabilidad fue mayor, que en las víctimas directas de violencia sexual. Quizás este resultado sea debido a que las víctimas indirectas intentan de algún modo establecer cambios o nuevos esquemas o ambientes en la familia, con el fin ayudar a disminuir y apaciguar el problema de violencia en su familiar.

Además, la teoría estructural del funcionamiento familiar cuyo principal exponente es Minuchin (1981) se refiere a la familia como sistema que tiene una estructura dada por los miembros que la componen y las pautas de interacción que se repiten; la estructura le da la forma a la organización. La estructura del sistema familiar es relativamente fija y estable para ayudar a la familia en el cumplimiento de tareas, protegerla del medio externo y darles sentido de pertenencia a sus integrantes. Pero a su vez, debe ser capaz de adaptarse a las etapas del desarrollo evolutivo y a las distintas necesidades de la vida facilitando así el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

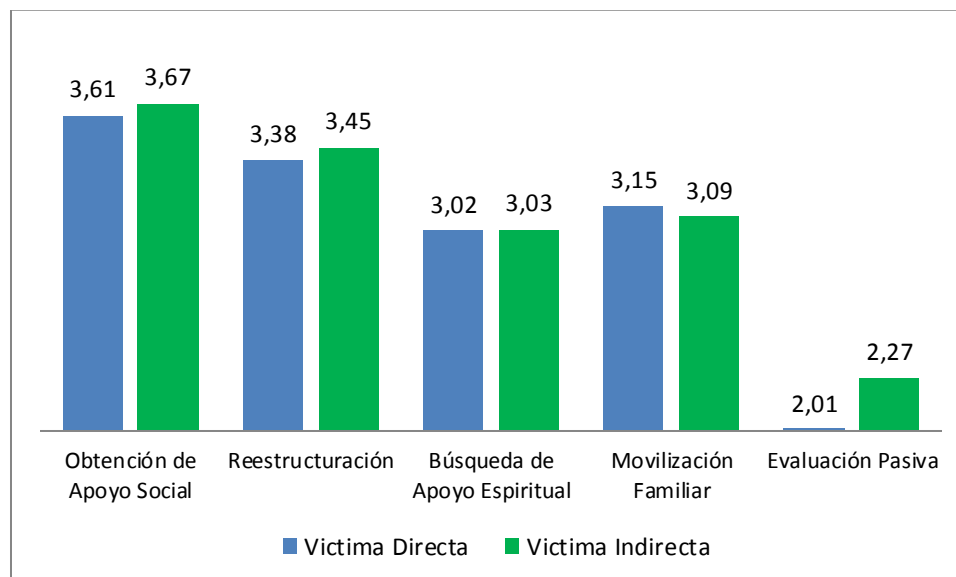
Por otro lado, tanto la cohesión como la adaptabilidad para López, L. (2002) tratan de dimensiones que se ocupan de la familia de un modo global; de forma que, cada uno de los diferentes miembros de la familia proporciona una “imagen” completa de su familia. Por otra, la “imagen” completa de la familia tiene en cuenta tanto lo que los individuos perciben como realidad relacional de su familia en el presente, como lo que consideran “imagen” ideal de “La Familia”. Luego, cada miembro de la familia nos informa de su percepción de la familia como un todo, desde la doble perspectiva de su propia familia y del ideal de Familia

Aunque, en ocasiones las situaciones adversas como es el caso de la violencia sexual, pueden constituirse en eventos traumáticos, sin embargo la capacidad de sobreponerse a estos, suelen estar determinadas por la intensidad del evento, la experiencia previa adquirida para resolver experiencias adversas (ICBF, 2010).

Por otra parte, en el grafico 6 se muestra el resultado de los promedios de las dimensiones de afrontamiento familiar (obtención de apoyo social, reestructuración, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar y evaluación pasiva) en los dos tipos de sujetos: víctimas directas y víctimas indirectas. A lo cual, en las víctimas directas de violencia sexual la dimensión movilización familiar fue la única que presento mayor valor con respecto a las demás en las víctimas indirectas de violencia sexual.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Gráfico 6. Promedio de las Dimensiones del Afrontamiento Familiar por Tipo de Sujetos: Víctima directa o indirecta de violencia sexual.



Fuente: Cálculos de los Autores.

En cuanto a obtención de apoyo social, el promedio fue mayor en las víctimas indirectas que en las víctimas directas. Por lo cual, estas personas perciben en la búsqueda de apoyo social una manera de comunicar sus sentimientos y emociones y buscar ayuda frente al problema por el cual está pasando su familiar. Además, siente que es su compromiso con el otro; estableciendo con éste una relación de protección y seguridad.

Gracia, E.; Herrero, J y Musitu, G. (1995) dicen que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. A pesar de esta afirmación, las víctimas directas de abuso sexual utilizan

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

en menor proporción esta dimensión de afrontamiento para su problema en comparación con las víctimas indirectas.

Lo que de alguna manera, hace suponer que es la víctima directa de violencia sexual la que lleva el sufrimiento y experimentan en carne propia la realidad del problema. Por tanto su estrategia tiende a ser con más prudencia y menos acelerada.

Además, para Rodríguez, J; Pastor, M y López, S. (1993), la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus “recursos de afrontamiento” (incluyéndose aquí su capacidad y habilidad para llevarlos a cabo).

Por otra parte, la reestructuración en este estudio, para las víctimas indirectas de violencia sexual (3,45) el valor fue mayor que en las víctimas directas (3,38). En donde según González B (2000), la familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad, y a la constante presión a hacer cambios en la estructura familiar y en los modelos de interacción.

Para hablar de lo que significa la reestructuración, se debe aclarar en primer lugar lo que se entiende por estructura. Una estructura es un sistema organizado y jerarquizado de elementos, ideas, nociones, personas, etc. En la estructura

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

encontramos diferentes niveles de jerarquía o relevancia y, lo más importante, conexiones e interconexiones entre todas las partes que forman el todo. Si estas partes no estuvieran conectadas entre sí, en lugar de contar con una estructura tendríamos un listado de elementos, por ejemplo una estructura sindical representa jerarquías de poder.

Por tanto, la reestructuración en las víctimas directas de violencia sexual, será mucho más lenta que en las víctimas indirectas, debido a que a pesar de que existía una estructura establecida en su núcleo familiar, al salir a flote su problema de abuso sexual son muchos los dilemas que juegan, debido a que muchas veces los familiares adultos no les creen a las víctimas directas o indirectas, y tienden a ocultar o negar el problema.

En donde, según Chávez, et al (2009), dice que en la mayoría de los casos están implicados miembros de la propia familia o conocidos por lo que los casos de abuso son mantenidos como secreto familiar y en consecuencia se transmiten generacionalmente.¹⁸ Se estima que entre el 2% al 59% de los niños han sido víctimas de este problema.

En la búsqueda de apoyo espiritual, se llega a pensar que esta dimensión debe ser mayor en aquel que es víctima directa, puesto que es la persona que lleva todo el

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

peso del maltrato físico y verbal del abuso o violencia sexual, en este estudio los promedios estadísticos arrojados para esta dimensión demuestran que es muy similar, por no decir que igual la búsqueda de apoyo espiritual, tanto en las víctimas directas (3,02%) como indirectas (3,03%).

El hecho de buscar apoyo espiritual, significa de alguna manera tener una vida tranquila, ya que el refugio en un ser supremo llámese como se llame, ayuda a equilibrar y tener consuelo ante la situación por la cual se atraviesa. Buscar apoyo espiritual también se considera como un aliciente, que permitirá tener esperanzas para una vida mejor.

Pargament y Koenig (1997), tomaron la noción de “afrontamiento” (Lazarus y Folkman, 1986) y desarrollaron el concepto de “afrontamiento religioso” como “aquel donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas” (Yoffe, L. s.f).

En la movilización familiar, el resultado fue mayor para las víctimas directas de abuso sexual en comparación con las víctimas indirectas. Lo cual, es significativo puesto que, esta estrategia de afrontamiento, significa que la víctima directa de violencia sexual se moviliza para obtener y aceptar ayuda, lo cual constituye una forma

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

de olvidar el pasado y comenzar de nuevo, con esto se desea volver a la normalidad luego de que ha ocurrido este abuso en sus vidas.

Por tal razón, si se considera el afrontamiento desde el punto de vista individual y no colectivo, se puede decir que la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es una estrategia que funciona para las víctimas directas del abuso sexual, debido a que la familia es el núcleo, el eje principal que ha constituido y establecido las normas y reglas que la vienen formando como un ser integral.

También, el hecho de emplear esta dimensión de afrontamiento, signifique cambiar de lugar, de ciudad, y de todo aquello que este asociado al problema de violencia sexual.

En consecuencia y teniendo en cuenta a Mc Cubbin et al (1996), el afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varia como resultado del estresor, la severidad del estresor, el alcance de la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbación en el sistema familiar y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios.

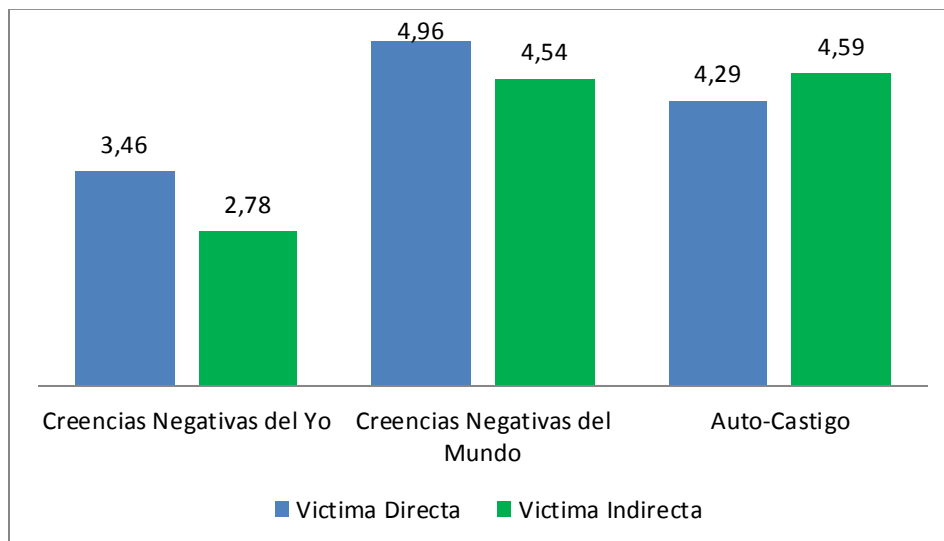
FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

La evaluación pasiva, el valor del promedio fue menor en las víctimas directas (2,01), mientras que en las víctimas indirectas de violencia sexual el valor fue de 2,27. Lo cual indica que la mayor evaluación pasiva en este estudio es en las víctimas indirectas. Es decir que los adolescentes víctimas directas de abuso sexual, utilizan muy poca esta dimensión.

De acuerdo con lo anterior, el uso de la evaluación pasiva en los adolescentes víctimas directas de abuso sexual implica una desestabilización familiar porque esta estrategia de acuerdo a la teoría es la habilidad familiar de aceptar asuntos problemáticos minimizando su reactividad. Por tanto, el hecho de aceptar los problemas que trae consigo la violencia sexual y no reaccionar, y no tener en cuenta una evaluación de los daños tanto físicos, psicológicos como espirituales, de alguna manera conlleva a que la familia se quede sumergida en su mundo y no procure la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Gráfico 7. Promedio de las Dimensiones de las Cogniciones Irracionales Postraumático por Tipo de Sujetos: Víctima directa o indirecta de violencia sexual

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.



Fuente: Cálculos de los Autores.

Teniendo en cuenta los datos, del grafico 7 se observa que las creencias negativas del yo, tienen un promedio mayor (3,46) en las víctimas directas de violencia sexual que en las victimas indirectas de violencia sexual (2,78).

Entonces, se puede decir que las víctimas directas de violencia sexual tienden a tener una autoestima bajo, debido a que tendrá una creencia negativa del mismo. Aunque la familia cumpla con su papel de formar (valores, normas, reglas) individuos adaptables para sociedad de hoy en día, éstos al afrontar un problema de violencia sexual suelen tener pensamientos negativos de sí mismo.

A lo cual, la autoestima depende de en qué medida nos sentimos valorados, queridos y aceptados por otros y en qué medida nos valoramos, queremos y aceptamos

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

a nosotros mismos. Las personas con una autoestima sana se sienten bien consigo mismas, aprecian su propia valía y están orgullosas de sus capacidades, habilidades y logros. Las personas con baja autoestima sienten que no gustarán a nadie, que nadie los aceptará o que no son buenos en nada.

Aunque, para Cieslak R, Benight CC, Caden Lehman V. (2008) tener una autoestima más alta resultó ser un factor protector de ser víctima de abuso sexual, lo que coincide con investigaciones realizada en varios países sobre la asociación entre la autoestima, estilos de afrontamiento y sus efectos en el estrés post traumático del abuso sexual.

A su vez, cualquier trauma o delito violento supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y, de rebote, en el entorno cercano hay un quebrantamiento familiar se altera la estructura familiar (Echeburúa, De Corral y Amor, 2002).

Entonces se puede decir que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, al padecer y pasar por este problema creen que no tienen ningún propósito, que no valen nada, que no son importantes para nadie. A lo cual expreso personalmente que estas víctimas, son las que más atención, amor, apoyo reciben porque sus padres, familiares y amigos piensan que tienen el deber moral y social de hacerlo.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por otra parte, el promedio de las creencias negativas del mundo fue mayor (4,96) en los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, mientras que en las víctimas indirectas fue de 4,54.

Respecto a esto, los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, tienen una evaluación de las condiciones que nos rodean negativas, porque piensan que lo externo es reflejo de lo interno, que así como se sienten ellos así también está el mundo que los rodea, por tanto, sienten que no pueden cumplir con sus anhelos y esperanzas, que no están satisfechos con su misma vida.

Con esto quizás se pueda tener un panorama acerca de lo bien o mal que se pueden sentir con sus vidas, los adolescentes víctimas de violencia sexual, en donde se puede decir que las condiciones que hoy los rodean están llenas de mucha adversidad y desconfianza.

Sin embargo, Morales (2000), dice que la confianza es un valor, un estilo de relación y una propuesta para articular las relaciones para enriquecer estas. También se considera un sentimiento básico, ineludible, mediante el cual basamos gran parte de nuestras relaciones interpersonales más significativas (familiares, amistosas, laborales, etc).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Por tanto, para los adolescentes que han sufrido un tipo de violencia sexual, lo que sienten traición y desconfianza, ya sea por parte de la persona que abusa como por parte de los que fracasan en proteger. Las personas en las que confía le fallaron, y puede crecer desconfiando de todos y por todo. Si se descubre el abuso y la madre o el entorno no le cree y no le da apoyo, aumenta el sentimiento de traición (Casas, A. 2003).

Con la dimensión autocastigo, se dio un resultado contrario, ya que el promedio fue mayor en los adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual (4,59) en comparación con las víctimas directas de violencia sexual (4,29).

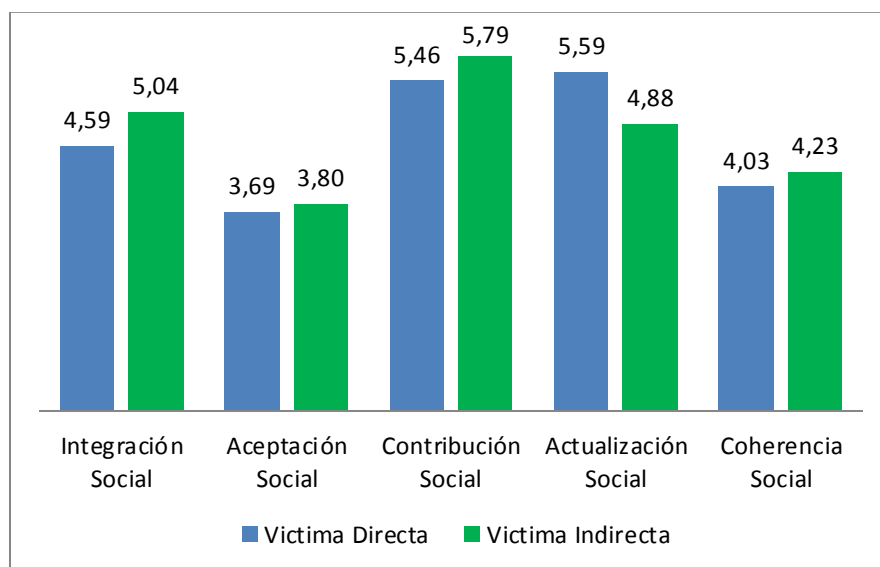
Esto se puede asumir como, una auto culpa por parte de los adolescentes víctimas indirecta de la violencia sexual, debido a que tienden a autocastigarse por no haber evitado, o darse cuenta a tiempo de lo que estaba pasando con su familiar, y con esto así hubiesen podido evitar la violencia sexual hacia la víctima directa (hermano, primo) e incluso hubiesen preferido ser ellos y no su familiar.

Así mismo, Fraudela et al. (2006), plantean que en la adolescencia los jóvenes, tienden a utilizar las estrategias centradas en el problema, y que es a lo largo de esta etapa cuando empiezan a aprender a utilizar las estrategias centradas en las emociones, tales como la negación y la evitación para reducir la tensión.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De otro lado, el grafico 8 muestra el promedio de las dimensiones del bienestar social en los sujetos de estudio. En donde los valores promedio en general fueron mayores para los adolescentes víctimas indirecta de la violencia sexual, en comparación con los adolescentes víctimas directas de la violencia sexual.

Gráfico 8. Promedio de las Dimensiones del Bienestar Social por Tipo de Sujetos: Víctimas directas e indirectas de violencia sexual.



Fuente: Cálculos de los Autores.

El bienestar social puede medirse, tomando como punto de partida el modelo teórico de cinco dimensiones planteado por Corey Keyes: Integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Al tener en cuenta, que el bienestar social es la necesidad de tomar en consideración lo individual y lo social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido, la naturaleza y la historia (Blanco y Díaz, 2005). En este sentido, se puede afirmar que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual utilizan en menor promedio las dimensiones del bienestar social, a lo que se debe decir que éstos cuentan con un bienestar social menor que los adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual, aunque ellos también vengam padeciendo las experiencias negativas del momento.

Aunque según Benatuil D (s.f), en su estudio analiza que para los adolescentes el bienestar estuvo definido en primera instancia como el disfrutar la vida, pasarla bien, hacer cosas que me hagan sentir bien, vivir la vida plenamente, sentirme bien, etc; y en segunda instancia el bienestar aparece como el tener buen vínculo con los otros (con mis amigos, familia, sentirme querido, respetado y ayudado por los demás, amar y ser amado, etc) y la auto aceptación o aceptación de la vida que les tocó vivir (aceptar mis defectos, sentirme conforme, estar contento con la pequeñas cosas).

No obstante en este estudio el bienestar social, pasa a un segundo lugar, sobre todo en lo que tiene que ver con posición en la sociedad, lo cual indica que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual no ven que tenga un futuro prometedor de crecimiento y desarrollo.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Teniendo en cuenta lo anterior, para Pena B (2009) “bienestar social se llama al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la tranquilidad y satisfacción humana”.

En relación a lo anterior, las consecuencias de la violencia sexual pueden perdurar hasta la edad adulta y pueden afectar a todas las dimensiones y aspectos de la vida de los niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, además de los daños físicos, los sobrevivientes jóvenes a la violencia sexual pueden sufrir graves problemas de salud mental y psicológica. Es normal que a los sobrevivientes se los culpe por la violencia que experimentaron y que, como resultado de ello, sean estigmatizados socialmente, considerados no aptos para el matrimonio y rechazados por sus propias familias. En determinadas culturas pueden considerar que los sobrevivientes a la violencia sexual deshonraron a sus familias y comunidades y, por lo tanto, pueden estar en riesgo de “asesinatos en nombre del honor” en manos de los miembros de sus propias familias.

Desde la perspectiva sistémica, se parte del entendimiento que la problemática de abuso no responde exclusivamente a un proceso individual sino que es producto de una multiplicidad de factores, por lo que intervenimos en el contexto social más amplio, incluyendo el sistema familiar, educativo y legal, buscando alternativas de relación y

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

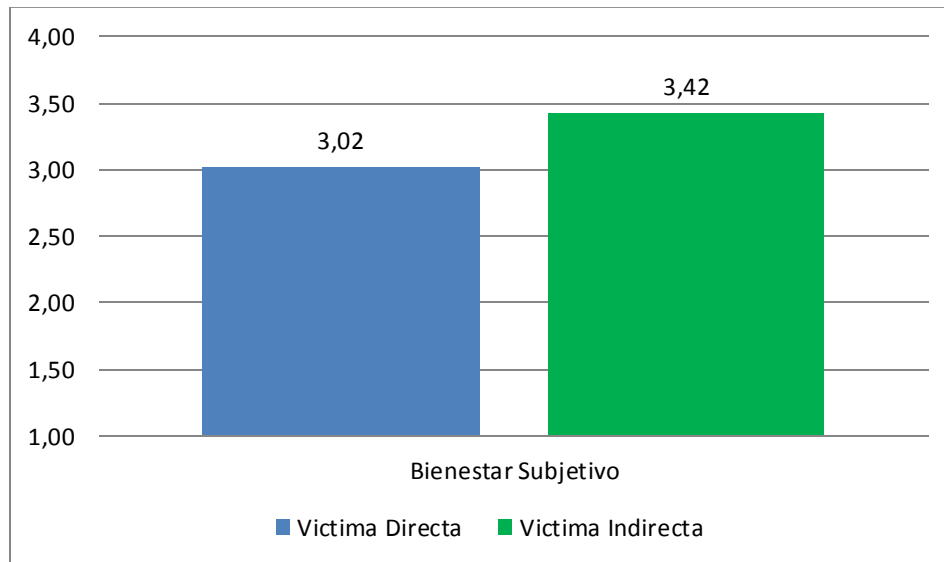
comunicación que los lleve a actuar de manera diferente (Caro, L; Hermida, G; Sánchez, C, y De Vélez L. 2003).

De algún modo, y teniendo en cuenta que la Aceptación social es la experimentación del disfrute por pertenecer a la sociedad, en cuanto a la aceptación y confianza de los otros, así como de la propia vida. Los adolescentes víctimas directas de violencia sexual perciben que no tienen una vinculación frente a la sociedad, quizás sea esto por no recibieron ayuda y apoyo para que no les sucediera este trauma violento. Aunque, muchas veces la ayuda que reciben los jóvenes por parte de profesionales, los hace creer nuevamente que existen para la sociedad, que son importantes y valiosos para todos.

Entre tanto, en el grafico 9 se observan los promedios para las dimensiones del bienestar subjetivo en los tipos de sujetos. Se muestra claramente que el bienestar subjetivo es mayor en los adolescentes victimas indirectas de violencia sexual.

Gráfico 9. Promedio de la Dimensiones del Bienestar Subjetivo por Tipo de Sujetos:
Víctimas directas e indirectas de violencia sexual.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.



Fuente: Cálculos de los Autores.

De esta manera, el hecho de hablar de bienestar subjetivo, también corresponde hablar de “felicidad”, cuando por experiencia se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas (Diener, 2000).

Lo que ha de suponer, que para los jóvenes víctimas directas de la violencia sexual el bienestar subjetivo sea mucho menor, ya que no será nada fácil ser feliz a pesar de tener en su mente y corazón las huellas de la violencia sexual.

Veenhoven (1995), considera la felicidad y el bienestar como disposiciones biopsicológicas naturales. Así como el estado natural del organismo es la salud, en el área psicológica esa disposición la constituye el bienestar subjetivo.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Según Maganto, C (s.f), la adolescencia normal es un momento de crisis, donde los sentimientos se dimensionalizan (lo que no te gusta de ti, lo que te hiere, etc.), tienden a sentirse mal, a ser inestables, impertinentes, inquietos, la conducta que muestran es la expresión de las emociones que sienten.

De acuerdo a lo anterior, se corrobora que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, se sienten oprimidos, sin sentimientos de alegría y mucho menos de felicidad. Por tanto, si se tiene en cuenta la situación de violencia sexual en el adolescente, la satisfacción que se tiene de la vida, que estaría ligado al bienestar subjetivo y social no es muy positiva. Lo que estaría ligado a que es una etapa normal pero larga, ya que los eventos que ocurrieron eventos son contradictorios, y sus impulsos y deseos de ser feliz, de contar con el amor y la ayuda de los padres y demás, están relacionados con su problema de sexualidad.

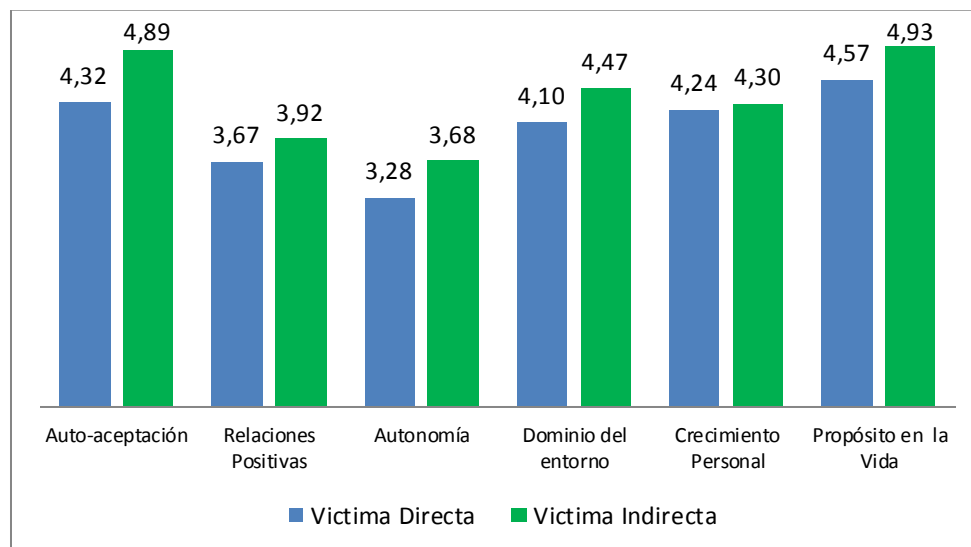
A su vez, para Cuadra y Florenzano (2003) el bienestar subjetivo, la calidad de vida, la satisfacción vital, el bienestar social, son todos ellos, términos que se relacionan con la felicidad, y que pretenden adquirir un status ontológico a través de la clarificación del concepto y de su capacidad para ser medido.

De acuerdo a lo anterior, esto es de esperarse, en lo que se refiere a la calidad de vida de los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, debido a que la

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

introducción a la vida social y su disfrute, será prudencial para que se dé una garantía de derechos y eficacia en su reinserción a la vida social.

Gráfico10. Promedio de Puntajes de las Dimensiones del Bienestar Psicológico por Tipo de Sujetos, Víctimas directas e indirectas de violencia sexual.



Fuente: Cálculos de los Autores.

En el grafico 10, se muestran los valores para el bienestar psicológico, en donde para los adolescentes víctimas directas de violencia sexual los valores promedios para las dimensiones de este bienestar todos estuvieron por debajo de aquellos adolescentes victimas indirectas de violencia sexual.

Si se considera que para Diener, Suh y Oishi (1997), el bienestar psicológico, “indica la manera en que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

emocionales positivas. El componente cognitivo, a los efectos de la investigación científica, parece más relevante, dado que su principal característica es ser estable, se mantiene con el tiempo e impregna la vida global de los sujetos”.

A lo cual, en las familias de los adolescentes sean víctimas directas o indirectas, si tienen en sus vidas la problemática de violencia sexual, y buscan ayuda profesional, muy seguramente, tienen la preocupación y precaución por parte de todos de indagar y buscar la reparación psicológica y social de los adolescentes para así alcanzar posiblemente un bienestar psicológico en los adolescentes.

Lo que supone, que el hecho de promover en sus miembros espacios para el diálogo y los acuerdos, generalmente desarrollan en sus hijos conductas positivas que repercuten en otros espacios como los escolares (Álvarez (2010).

De igual forma, hay que considerar que la adolescencia, es la fase de la vida en que ocurren transformaciones más rápidas, profundas y radicales e implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que los sitúan ante una nueva forma de sentir y percibir todo aquello que le rodea; así mismo, chicos y chicas son percibidos de manera diferente. El proceso de crecer hacia adentro o hacia fuera constituye un nuevo reto, la tarea del adolescente de llegar a integrar lo que quiere o lo que desea con su nuevo cuerpo, con su sexualidad, con sus relaciones, no es nada sencilla (González, 2003).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

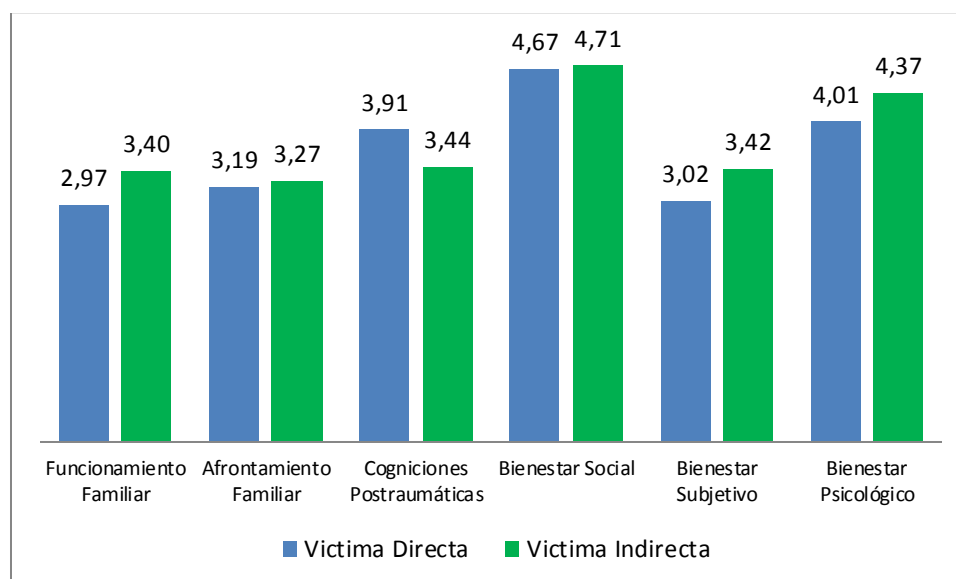
A lo cual, es evidente que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual por sí solos no pueden elaborar y superar esta situación, necesitan establecer vínculos sociales con personas de su entorno. Demandan de los adultos necesidades primarias vinculadas a la proporción por parte de estos de ropa, alimentos, cuidados físicos generales, pero también de afecto, amor, y ternura, un clima psicológico donde se sientan queridas, protegidas, atendidas y puedan interactuar de modo adecuado; pero además del esfuerzo y ocupación de ellos para recibir la atención que requieren (Brito, s.f).

El bienestar psicológico, y en particular sus dimensiones de propósito en la vida, dominio del entorno y auto aceptación, tuvieron altos valores en los adolescentes victimas indirectas de violencia sexual en referencia a los jóvenes víctimas directas de violencia sexual. Por lo cual, esto tiene mucho que ver con la capacidad de superación y autoestima del adolescente para enfrentar con éxito la vida en general.

Estos resultados, apuntan también a la posibilidad de impulsar un crecimiento personal en los adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual debido a que ante la exposición de la problemática a la sociedad, se debe iniciar, con la capacidad que tienen los adolescentes para lograr de alcanzar metas independientemente del origen de su problema. Las metas, se pueden considerar como el interés por los estudios, por salir adelante, tener una familia, hijos y personas a su alrededor que lo apoyen y respalden en sus decisiones.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Grafico 11. Promedio de las Dimensiones Familia, Trauma y Salud Mental por Tipo de Sujetos, Víctimas directas e indirectas de violencia sexual.



Fuente: Cálculos de los Autores.

De acuerdo con el grafico 11, las cogniciones postraumáticas tienen un promedio mayor en los adolescentes víctimas directas de violencia sexual que en los adolescentes víctimas indirectas.

En donde, en casos de agresiones sexuales, la victimización directa recae sobre el sujeto objeto de la agresión, mientras que la victimización indirecta es aquella que sufren los familiares u otras personas cercanas al individuo agredido, quienes se ven afectados por la ocurrencia de la hermanos de víctimas de agresiones sexuales: una aproximación a las víctimas indirectas agresión sexual en sí misma, su develación y sus

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

consecuencias, al tener que enfrentar el dolor de sus seres queridos y adaptarse a la nueva situación (Echeburúa y Corral, 2005).

Arriagada y Thiers (2005) señala que a largo plazo en las víctimas indirectas de violencia sexual, los efectos pueden conllevar a la aparición de sintomatología, llegando incluso a adquirir características postraumáticas. Principalmente sentimientos de culpa, pérdida de confianza, aislamiento, temor, vergüenza, rabia y pérdida de control, entre otros.

A lo cual, es preciso decir que los traumas fragmentan los lazos de relación entre la persona y su comunidad, destroza el sentido de pertenencia, las relaciones de apego, por tanto su *integración social*. El trauma deja al individuo en un estado de orfandad, en una infinita soledad que se apodera de su vida.

Para Ford y Courtois, (2009), la palabra «trauma» procede del griego antiguo para referirse a un «daño» o «herida». Al principio, se utilizaba sólo para referirse al daño físico pero, posteriormente, evolucionó al daño psicológico.

De igual forma, se debe tener en cuenta, que a las reacciones psicológicas que se derivan de los eventos potencialmente traumáticos se les conocen como trauma, el cual tiene la capacidad de romper el sentimiento de confianza que tiene la persona en cuestión sobre sí misma, los demás y el mundo en general, conllevando a que se desadapte del entorno con facilidad (manifestaciones del trauma) (Echeburúa, 2004).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

La violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y sus familias, así como de la sociedad en general. Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma de violencia sexual, la relación entre la víctima y el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones sexuales, es decir, relaciones familiares, sociales, comerciales o en el conflicto armado, las redes familiares y sociales de apoyo, la respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento (Diario oficial, 2012).

Para finalizar, existe, en este estudio se logra comparar y describir de alguna manera qué sienten y como se sienten los adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual. Es decir, las expectativas y pensamientos que tienen los adolescentes de su vida y de lo que esperan recibir de la sociedad.

Sus experiencias como víctimas directas o indirectas, plantean la idea de que el sector social, político y cultural cuente con procesos, deliberados y sistemáticos, para desarrollar, generar, mantener y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

• 9. CONCLUSIONES

Con este estudio, se demostró que la violencia directa en las adolescentes tiene un mayor porcentaje que la violencia indirecta. Quizás una de las razones por las cuales las mujeres son víctimas de violencia sexual, sea su condición física de ser seres indefensos, frente a los agresores que generalmente son hombres.

La violencia indirecta en adolescentes tanto masculinos como femeninos tiene igual porcentaje. Quizás este resultado, se deba a que dentro del núcleo familiar tanto las jóvenes como los jóvenes, están experimentando en alguno de sus familiares (hermano, primo, sobrino) este tipo de violencia sexual en la ciudad de Riohacha.

Las víctimas directas de violencia sexual quizás presentan una menor adaptabilidad, debido a que no están en la mejor la disposición, para desarrollar habilidades, relaciones y roles, como instrumento que implique el desarrollo de su personalidad, además es claro que en estos adolescentes víctimas directas de violencia sexual la adaptabilidad es un todo, que necesita de su debido tiempo para alcanzar su realización.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Para los adolescentes que son víctimas indirectas de violencia sexual, la adaptabilidad fue mayor, debido a que intentan de algún modo establecer cambios o nuevos esquemas o ambientes en la familia, con el fin ayudar a disminuir y apaciguar el problema de violencia en su familiar.

En el afrontamiento, la estrategia de obtención de apoyo social, el promedio fue mayor en las víctimas indirectas que en las víctimas directas. Por lo cual, estas personas perciben en la búsqueda de apoyo social una manera de comunicar sus sentimientos y emociones y buscar ayuda frente al problema por el cual está pasando su familiar. Además, siente que es su compromiso con el otro; estableciendo con éste una relación de protección y seguridad.

Según los resultados, hacen suponer que es la víctima directa de violencia sexual la que lleva el sufrimiento y experimentan en carne propia la realidad del problema. Por tanto su estrategia tiende a ser con más prudencia y menos acelerada.

La estrategia de reestructuración en este estudio, para las víctimas indirectas de violencia sexual fue mayor que en las víctimas directas. Por tanto, la reestructuración en las víctimas directas de violencia sexual, será mucho más lenta que en las víctimas indirectas, debido a que a pesar de que existía una estructura establecida en su núcleo familiar, al salir a flote su problema de abuso sexual son muchos los dilemas que

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

juegan, debido a que muchas veces los familiares adultos no les creen a las víctimas directas o indirectas, y tienden a ocultar o negar el problema.

En la búsqueda de apoyo espiritual, se llega a pensar que esta dimensión debe ser mayor en aquel que es víctima directa, puesto que es la persona que lleva todo el peso del maltrato físico y verbal del abuso o violencia sexual, en este estudio los promedios estadísticos arrojados para esta dimensión demuestran que es muy similar, por no decir que igual la búsqueda de apoyo espiritual, tanto en las víctimas directas como indirectas.

En la movilización familiar, el resultado fue mayor para las víctimas directas de abuso sexual en comparación con las víctimas indirectas. Lo cual, es significativo puesto que, esta estrategia de afrontamiento, significa que la víctima directa de violencia sexual se moviliza para obtener y aceptar ayuda, lo cual constituye una forma de olvidar el pasado y comenzar de nuevo, con esto se desea volver a la normalidad luego de que ha ocurrido este abuso en sus vidas.

Para la evaluación pasiva el porcentaje fue mayor en este estudio en las víctimas indirectas. Es decir que los adolescentes víctimas directas de abuso sexual, utilizan muy poca esta dimensión. A lo cual, el uso de la evaluación pasiva en los adolescentes víctimas directas de abuso sexual implica una desestabilización familiar porque esta

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

estrategia de acuerdo a la teoría es la habilidad familiar de aceptar asuntos problemáticos minimizando su reactividad.

Lo que supone, que el hecho de aceptar los problemas que trae consigo la violencia sexual y no reaccionar, y no tener en cuenta una evaluación de los daños tanto físicos, psicológicos como espirituales, de alguna manera conlleva a que la familia se quede sumergida en su mundo y no procure la búsqueda de una mejor calidad de vida.

Las creencias negativas del yo, tienen un promedio mayor en las víctimas directas de violencia sexual que en las víctimas indirectas de violencia sexual. A lo cual, se puede inferir en la idea de que las víctimas directas de violencia sexual tienden a tener una autoestima bajo, debido a que tendrá una creencia negativa del mismo.

El promedio de las creencias negativas del mundo fue mayor en los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, que en las víctimas indirectas. Respecto a esto, los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, tienen una evaluación de las condiciones que les rodean negativas, porque piensan que lo externo es reflejo de lo interno, que así como se sienten ellos, así también está el mundo que los rodea, por tanto, sienten que no pueden cumplir con sus anhelos y esperanzas, que no están satisfechos con su misma vida.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Con estos resultados, quizás, se pueda tener un panorama acerca de lo bien o mal que se pueden sentir con sus vidas, los adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual, ya que las condiciones que hoy los rodean están llenas de mucha adversidad y desconfianza.

En las dimensiones del bienestar social en los sujetos de estudio, los valores promedio en general fueron mayores para los adolescentes víctimas indirecta de la violencia sexual, en comparación con los adolescentes víctimas directas de la violencia sexual.

Se puede afirmar que los adolescentes víctimas directas de violencia sexual utilizan en menor promedio las dimensiones del bienestar social, a lo que se debe decir que éstos cuentan con un bienestar social menor que los adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual, aunque ellos también vengán padeciendo las experiencias negativas del momento.

Los adolescentes víctimas directas de violencia sexual perciben que no tienen una vinculación frente a la sociedad, quizás sea esto por no recibieron ayuda y apoyo para que no les sucediera este trauma violento. Aunque, muchas veces la ayuda que

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

reciben los jóvenes por parte de profesionales, los hace creer nuevamente que existen para la sociedad, que son importantes y valiosos para todos.

Para las dimensiones del bienestar subjetivo en los tipos de sujetos. Se muestra claramente que el bienestar subjetivo es mayor en los adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual.

Si el bienestar subjetivo, lo asociamos a la calidad de vida de los adolescentes, en aquellas víctimas directas de violencia sexual, éste será menor debido a que la introducción a la vida social y su disfrute, será prudencial para que se dé una garantía de derechos y eficacia en su reinserción a la vida social y cultural.

En el bienestar psicológico, para los adolescentes víctimas directas de violencia sexual, los valores promedios para las dimensiones de este bienestar, todos estuvieron por debajo de aquellos adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual. En particular sus dimensiones de propósito en la vida, dominio del entorno y auto aceptación, tuvieron altos valores en los adolescentes víctimas indirectas de violencia sexual en referencia a los jóvenes víctimas directas de violencia sexual. Por lo cual, esto tiene mucho que ver con la capacidad de superación y autoestima del adolescente para enfrentar con éxito la vida en general.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De igual forma, en este estudio se logra comparar y describir de alguna manera qué sienten y como se sienten los adolescentes víctimas directas o indirectas de violencia sexual. Es decir, las expectativas y pensamientos que tienen los adolescentes de su vida y de lo que esperan recibir de la sociedad.

Sus experiencias como víctimas directas o indirectas, plantean la idea de que el sector social, político y cultural cuente con procesos, deliberados y sistemáticos, para desarrollar, generar, mantener y mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, M. (2010). Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil. "Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 31, (septiembre-diciembre de 2010, Colombia). En: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc y en el Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México, pp.253-273.

Amarís M., Madariaga C., Valle M. y Zambrano J. (2011), Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico, psicología desde el caribe, Vol. 30 N° 1 enero-abril 2013. (p. 130)

Andolfi, M. (1991). Terapia familiar. Barcelona: Paidós Andrews, F. M. & Robinson, J. 1991. "Measures of subjective well-being". En: Robinson, J. P.; Shaver, P. R. & Wrightsman, L. S. (Eds). Measures of personality and social psychological attitudes. California: Academic Press. Vol. 1, pp. 61-110.

Arriagada, M. y Thiers, M. (2005). Diseño, Implementación y Validación de una Intervención Psicoeducativa Grupal para Padres no Agresores de Niños Víctima de

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Abuso Sexual. Memoria para optar al título de Psicólogo, no publicada. Universidad de Chile. En: Espinoza, Angelcos, Förster, Capella (2011).

Arrieta, M; Amaris, M; y Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. Salud Uninorte. Barranquilla (Col); 28 (1): 99-112.

Artiles de León I. (1998). Violencia y Sexualidad. Instituto Cubano del libro. Editorial Científico- Técnica, Ciudad de La Habana.p.25, 53, 7.

Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. y Veliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. Terapia psicológica, 24, 55-61.

Basabe, N. (2004). Salud, factores psicosociales y cultura. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (Coords.). Psicología Social, Cultura y Educación. Madrid: Pearson Educación. (Págs. 891-913).

Bardales y Hualpa (2005). Maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Estudio en San Martín de Porres, Cuzco e Iquitos.

Belloni, P; y Villalobos, D. (2006). Estudio de las representaciones sociales de los profesores de la escuela básica No 1739 niño levántate y el desarrollo de resiliencia en

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

los alumnos. Memoria para optar al título profesional de Psicólogo. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología.

Benatuil, D. (s.f). El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. Psicodebate. Psicología, cultura y Sociedad. PP.: 43-58. En: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2004.pdf>

Blanco A, Díaz D, Amarís A. (2009). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v42n1/v42n1a09.pdf>

Brito, E. (s.f). Las adolescentes víctimas de abuso sexual. Una propuesta de atención psicológica. En: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/52%20-%20Las%20adolescentes%20v%C3%ADctimas%20de%20abuso%20sexual.%20Una%20propuest.pdf>

Camara S, Sarriera J, Carlotto M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo, entre adolescentes. Interam. J. Psychol. 41: 161-166. En: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>

Cantón Cortés David, Cantón José, Justicia Fernando y Cortés María Rosario. (2009). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. (p.66).

Cantón, D y Justicia, F. (2007). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo, vol. 20, n'4, (pp. 509-510-511-513-514).

Cárdenas, D. (2012). "evaluación de los estilos y formas de relación de los sistemas familiares de niños y adolescentes con experiencia de vida en calle, que acuden a la casa de la niñez 2". Tesis doctoral. Universidad Politécnica Salesiana. Sede Quito. En: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/3412/1/UPS-QT02996.pdf>

Caro, L; Hermida, G; Sánchez, C, y De Vélez L. (2003). Reflexiones sobre el trabajo terapéutico con Adolescentes que han abusado sexualmente de Niños o niñas. La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual. En: http://www.iin.oea.org/La_proteccion_de_los_derechos.pdf

Casas, A. (2003). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niños /as y adolescentes? La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual. En: http://www.iin.oea.org/La_proteccion_de_los_derechos.pdf

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Chávez, R; Rivera, L; Ángeles, A; Díaz, E; Allen, B y Lazcano E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y adolescencia en estudiantes de Morelos. México. Rev. Saúde Pública; 43(3):506-14. En: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102009000300015&script=sci_arttext

Cieslak R, Benight CC, Caden Lehman V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. Behav Res Ther; 46(7):788-98. DOI: 10.1016/j.brat.2008.03.007

Condori, Luis Julio. (2002). Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores, en Lima Metropolitana.

Constitución Política Colombia, 1991, artículo 44 y 45.

Cortés y Justicia, citando a Haríman y Burgess, (1989). Por Psicothema 2008. Vol. 20, n°4, (pp. 509-515), www.psycothema.com, ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG

Cuadra H. y Florenzano, R (2003). El bienestar subjetivo. Hacia una psicología positiva. Revista de psicología de la Universidad de Chile, 12 (1), pp. 83 – 96.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

De Castro A., Amarís M., y Polo J. (2008). Vivencia de bienestar social de profesionales acompañantes de procesos de integración social en la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe* ISS N 0123-417X N° 21. (109-115).

Del Campo, A. (2003). Detección del abuso sexual a menores: definición, prevalencia, incidencia y factores de riesgo. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*. 5:629-41.

Diario oficial (2012). Ministerio de Salud y Protección Social. En: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=1912&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME

Díaz D., Blanco A., Horcajo J., y Valle C. (2006). La aplicación del Modelo del Estado completo de la depresión, Universidad autónoma de Madrid. (Pág. 287-288-289-291.292).

Diener, E. (2000). Subjective Well – Being. *American Psychologist*, 55(1), PP 34 – 43.

Diener, E., Suh, E., Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 29, 202-212.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R & Grffin, S. (1984). The satisfaction with life scali. Journal of personality and social psychology, 69, pp. 120 – 129.

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida. Vol. 3 (8) 41 páginas. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003.

Diener, E.; Suh, E. M.; Lucas, R. E.; Smith, H.L. (1999). Subjective well-being. Threedecades of progress. Psychological Bulletin. Vol. 125, N° 2, 276 – 302.

Echeburúa, De Corral y Amor. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicothema, volumen 14. En: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/17-danopsi.pdf>

Echeburúa, e. y Corral, P. (2005). Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos. Psicopatología clínica, legal y forense, 5, 57-73.

Echeburúa y De Corral. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia.

Echeburúa Enrique y Guerrica C. (2011), Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: un enfoque integrador, Universidad del País Vasco; Cibersam (España), (pag.470-474)

Esbec, E. (1994). Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos. Psiquiatría legal y forense. En CAPÍTULO 1.- UN ACERCAMIENTO GENERAL A LA VICTIMOLOGÍA: <http://www.osce.org/es/odihr/26723>

Espinoza, Y; Förster, C y Capella (2011). Hermanos de víctimas de agresiones sexuales: una aproximación a las víctimas indirectas. Revista de Psicología, Vol. 20, Nº 2. En: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17933/18746>

Figuerola, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina) Anales de Psicología, vol. 21, núm. 1, junio, pp. 66-72, Universidad de Murcia España. En: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16721108.pdf>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Filipas HH, Ullman SE. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *J Interpers Violence*; 21(5):652-72. DOI: 10.1177/0886260506286879. En: Chavez, et al (2009).

Flórez, C. E. y Soto V. E. (2005). Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Universidad de los Andes. Informe para la Misión para el Diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá: Colombia.

Fraudela, J; Luengo, A; Romero, E; Villar, P y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of clinical and health psychology*, 6 (003). En: Amarís, M; M. (2012).

Fuentes G. (2011). Abuso sexual infantil intrafamiliar “el abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una Mirada interdisciplinaria”. Tesis Universidad Nacional de Tucuman. En: <http://www.margen.org/tesis/tesis2.pdf>

García-Viniegras Carmen R. Victoria y González Benítez Idarmis. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral versión impresa* ISSN 0864-2125

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Gracia, E.; Herrero, J y Musitu, G. (1995): El Apoyo Social. Barcelona, PPU.

González Benítez Idarmis. (2000). Las crisis familiares. Revista Cubana Medicina General Integrada. 16 (3):270-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_3_00/mgi10300.htm

González A. (2003). Psicología del Desarrollo. Selección de Lecturas. Adolescencia y sexualidad. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana; p. 96,110.

Hernández A. (1998). Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Santa fe de Bogotá: editorial el Búho. (p. 79).

Herrera Santi, Patricia María. (1997), La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [online]. vol.13, n6 [citado 2013-11-01] pp.591-595.

ICBF. (2010). Lineamiento técnico para el programa especializado de atención a: niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. En: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Proteccion/Lineamientos/07%200%20Violencia%20Sexual%20Res%206022.PDF>

Jewkes, R., Sen, P. y García-Moreno, C. (2002) La violencia sexual. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf

Keyes, L. (1998). Social Well- Being. Social psychology Quarterly, 61 (2), pp. 121 – 140.

Keyes, C, Ryff, C. & Shmotkin, D. (2002). Optimezing Well – being: The empirical enlounter of two traditions. Journal of personality and social Psychology, 82, 10007 – 1022.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental health and/or mental illness? Investigating axioms of the complete statel model of health. Journal of consulting and clinical psychology 73: 539-548.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer. Mm

Lazarus R. S; y Folkman S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. En: Castaño Elena Felipe y León del Barco Benito. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 10, 2, pp. 245-257.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Lazarus, R., Lazarus, B. (1994). *Passion & reason*. Nueva York: Oxford University Press.

Lepore, S. J., Silver, R. Cohen, Wortman, C. B., y Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2), 271-282.

López, S; Faro, C; Lopetegui, L; Samsó M, y Fernández, I. (2012). Abuso sexual en adolescentes. Tercer congreso Catalan de Salud Mental. Barcelona.

López L, S. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14, 159-166.

Maddaleno M, Morello P, Infante EF (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*; 45:S132-9.

Maganto, C. (s.f). La expresión de las emociones en la adolescencia. En: http://www.axular.net/download/files/orientacion/escuela_padres/06_La_expresion_dela_s_emociones_enla_adolescencia.pdf

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

McCubbin HI y Patterson JM. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*; 6(7):7-37. En: Arrieta, Amaris y Valle. (2012).

McCubbin, H. I., Thompson, A. I y McCubbin M.A. (1996). Family assessment Resiliency, coping and adaptation Inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin.

Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, (2009) Salud mental, (pág. 85).

Ministerio de la Protección Social. (2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. UNFPA Enero 26, 2011 Dirección General de Salud Pública. En: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCIÓN%20DE%20VÍCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>

Minuchin S, Fishman Hch. (1981), Técnicas de Terapia Familiar. Paidós. México. En: Peñalva, C. (2001).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Molas, V. (2000). La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional. Artículo publicado en: Libro "Violencia Familiar" El Faro. Un punto de partida en el proyecto de vida. Ediciones Creagraf. Montevideo. En: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/pablolopezmonog.pdf>

Monterrosa, A. y Bello, A. M. (1993). Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Revista Colombia de Obstetricia y Ginecologia. Vol. 4. No. 1.

Morales, V. M. (2000). Confianza y desarrollo del potencial humano. En: <http://www.topconsultores.cl/img/Confianza%20y%20Desarrollo.pdf>

Musitu, G. y Lila, M.S. (1993). Autoconcepto y comunicación familiar: un análisis de sus interrelaciones. Madrid: AEOEP.

Musitu, G., Jiménez, & T. Murgui, S., (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49, 3- 10.

Navarro, G. (2004). Apuntes de clases de psicología del desarrollo II. Universidad de Concepción.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Oblitas, L. (2005). Atlas de psicología de la salud. Bogotá. SICOM.

Olson, D y McCubbin, H. (1982). Circumplex model of marital and family systems V: aplicación to family stress and crisis intervention. McCubbin, H., Cauble, E.

Olson, D.H., Russell y Sprenkle (1979). Circumplex model of marital and family system I: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 14, 1-35.

Olson, D.H., Russell, C.S. y Sprenkle, D.H. (1980). Circumplex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory*, 1, 129-179.

Orcasita, L y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina*. vol. 4. N.º 2.: 69-82, julio-diciembre. En: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182>

Organización mundial de la salud. O.M.S. (2010). Salud y desarrollo del niño y del adolescente, (p: 22-24, 143-145).

OMS, UNFPA, ACNUR. (2009). Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 34:4 (pp. 572-580). Bogotá.

Pargament y Koenig (1997). *The Psychology of religion and coping. Theory and research practice*. New York. The Guilford Press. En: Yoffe, L. (s.f)

Paterson, J. (Edited). *Family stress, coping and social support*. Estados Unidos; Charles C Thomas. Publisher.

Pena Trapero, B. (2009). La medición del Bienestar Social: una revisión crítica. *Estudios de economía aplicada* vol. 27-2 pág.: 299-324

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.

Pereda (2011). Resiliencia en Niños víctimas del abuso sexual; el papel del entorno familiar y social *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, ISSN 1135-8629, N° 49, 2011, págs. 103-114. En <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3829414>

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la entrevista estructural. Salud Mental, vol. 24, núm. 2, abril, 2001, pp. 32-42, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. En: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58222406.pdf>

Piers Blaikie, Terry Cannon, Ian Davis & Ben Wisner. (1994). Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres. (p.30, 47, 103)

Ramos, N. (2000). Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16272699.pdf>

Rodríguez, J; Pastor, M y López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Revista Psicothema. Volumen 5. PP. 349-372. En: <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>

Rodríguez M. J. (1996). Aspectos psicosociales en los adolescentes, Universidad del Campus de Albacete, (p.134).

Rodríguez A. H. (2006). Maltrato y abuso sexual de menores: una revisión crítica. Editorial: Comares ISBN: 978-84-9836-051-6. (Pág.9-46).

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Rodríguez, A. (2003). Cuestiones conceptuales y metodológicas en torno al concepto y significado de bienestar social. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 2 (3), pp. 4-9.

Romano, C. (2002). Reflexiones filosóficas sobre lo humano. Universidad Autónoma de Puebla. México. Facultad de Filosofía y Letras. En: <http://www.filosofia.buap.mx/reflexiones%20sobre%20lo%20humano.pdf>

Romero A, Zapata R, García-Mas, Brustad, Garrido R y Letelier A. (2010). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en jóvenes tenistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*. 2010. Vol. 19, núm. 1, pp. 117-133 ISSN: 1132-239X. En: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v19n1p117.pdf>

Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719-727.

Ryff; C & Singer, B (1998). Human Health. New directions for the next millennium psychological inquiry, 9(1), pp. 69 – 85. Recuperado el 20 de septiembre del 2007 de <http://links.jstor.org>.

Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is It? Exploration on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. Current directions in psychological science, 4, 99-104.

Sajeda y Althea (2011). Abordar la violencia sexual basada en el género (SGBV) contra niñas adolescentes. En:

http://www.popcouncil.org/pdfs/TABriefs/38_SGBV_es.pdf

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista Perú Med Exp Salud Publica. 29(1):143-48. En:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>

Sánchez, I. (2006). Educación para una ciudadanía democrática e intercultural en Colombia. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.

Sánchez, M. (2008). Caracterización psicopatológica de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual ubicada bajo medidas de protección en hogares sustitutos del ICBF en la ciudad de Bucaramanga y adecuación del modelo de atención a través de la creación de un protocolo de actuación frente al abuso sexual: una experiencia piloto. En:

http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/244/1/digital_16640.pdf

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Sandoval Casilimas, Carlos A. (2002). Modulo Investigación cualitativa del Proyecto "Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social". Realizado por el ICFES.

Tamayo y Tamayo, M. (1999). Serie Aprender a Investigar. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior ICFES. Bogotá.

Taylor, S; y Bodgan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Teubal, R. (2010). Las madres frente al abuso sexual infantil intrafamiliar de sus hijos ¿son víctimas? Proyecto de investigación social La experiencia de las madres frente al abuso sexual de sus hijos (UBACyT S030), Argentina. En: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/viewFile/5280/46>

41

UNESCO, (1992). La educación en américa latina: problemas y desafíos* Jeffrey Puryear.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la Satisfacción con la Vida. Intervención Psicosocial. 3(9), 87-116.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Veenhoven, R. (1995). Developments in satisfaction Research, Social Indicators
. Research, 37, 1-46.

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ANEXOS

. Instrumentos

ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una **X** en la columna de:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

... el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5
2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5
3. Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5
6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5
11. Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5
14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5
17. Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5
20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5
24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5
34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5
36. Rezo	1	2	3	4	5
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5
46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5
49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5
61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5

70. Los problemas que recordó han ocurrido sobre todo en su ambiente (marque una sola respuesta):

Familiar ____ Laboral ____ Académico ____ Todas las anteriores ____ Otro ____ ¿Cual ambiente? ____

ESCALAS DE BIENESTAR SOCIAL, SUBJETIVO Y PSICOLÓGICO

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ESCALA DE BIENESTAR SOCIAL DE KEYES

Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Totalmente de Acuerdo 1	Parcialmente de Acuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente en Desacuerdo 4	Totalmente en Desacuerdo 5
1. Para mí el progreso social es algo que no existe.	1	2	3	4	5
2. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.	1	2	3	4	5
3. Creo que la gente no es de fiar.	1	2	3	4	5
4. Creo que la gente me valora como persona.	1	2	3	4	5
5. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.	1	2	3	4	5
6. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.	1	2	3	4	5
7. No entiendo lo que está pasando en el mundo.	1	2	3	4	5
8. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.	1	2	3	4	5
9. El mundo es demasiado complejo para mí.	1	2	3	4	5
10. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.	1	2	3	4	5
11. La sociedad ya no progresa.	1	2	3	4	5
12. Creo que la gente es egoísta.	1	2	3	4	5
13. No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo.	1	2	3	4	5
14. Creo que puedo aportar algo al mundo.	1	2	3	4	5
15. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.	1	2	3	4	5
16. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.	1	2	3	4	5
17. Me siento cercano a otra gente.	1	2	3	4	5
18. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.	1	2	3	4	5
19. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.	1	2	3	4	5
20. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.	1	2	3	4	5
21. Creo que no se debe confiar en la gente.	1	2	3	4	5
22. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.	1	2	3	4	5
24. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.	1	2	3	4	5
25. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.	1	2	3	4	5

ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO DE DIENER

Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Totalmente de Acuerdo 1	Parcialmente de Acuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente en Desacuerdo 4	Totalmente en Desacuerdo 5
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

<i>Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente en Desacuerdo 1	Parcialmente en Desacuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente de Acuerdo 4	Totalmente de Acuerdo 5
1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mi mismo.	1	2	3	4	5
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5
26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.	1	2	3	4	5
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

ESCALA DE EVALUACION PERSONAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN SITUACIONES DE CRISIS - F- COPEs

Hamilton I. Mc Cubbin, David H. Olson, Andrea S. Larsen

OBJETIVO: Esta escala está diseñada para registrar las actitudes y conductas efectivas ante la resolución de problemas, desarrolladas por las familias para responder a los problemas o dificultades.

INSTRUCCIONES: Primero, lea la lista de “Escogencia de Respuestas”, una a una. Luego decida qué tan bien, cada frase describe sus actitudes y conductas en respuesta a problemas y dificultades. Si la frase describe muy bien

CUANDO EN NUESTRA FAMILIA ENFRENTAMOS PROBLEMAS O DIFICULTADES, NOSOTROS RESPONDEMOS	ESCOGENCIA DE RESPUESTAS				
	Marcado Desacuerdo	Moderado Desacuerdo	Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	Moderado Acuerdo	Marcado Acuerdo
• Compartiendo nuestras dificultades con los parientes	1	2	3	4	5
• Buscando estímulo y apoyo en amigos	1	2	3	4	5
• Sabiendo que nosotros tenemos el poder para resolver problemas importantes	1	2	3	4	5
• Buscando información y consejo de personas que han enfrentado problemas iguales o parecidos	1	2	3	4	5
• Buscando consejo en los parientes (abuelos, tíos, etc.)	1	2	3	4	5
• Buscando asistencia en servicios y programas comunitarios, diseñados para ayudar a familias en	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

nuestra situación					
• Sabiendo que dentro de nuestra propia familia tenemos la fortaleza para resolver nuestros propios problemas	1	2	3	4	5
• Recibiendo regalos y favores de los vecinos (comidas que hagan diligencias, etc.)	1	2	3	4	5
• Buscando información y consejo del médico de la familia	1	2	3	4	5
• Pidiendo a los vecinos ayuda y favores	°	2	3	4	5
• Enfrentando los problemas "con la cabeza" y tratado de encontrar soluciones inmediatamente"	1	2	3	4	5
• Viendo televisión	1	2	3	4	5
• Demostrando que somos fuertes	1	2	3	4	5
• Asistiendo a los servicios de la iglesia	1	2	3	4	5
• Aceptando los eventos estresantes como parte de la vida	1	2	3	4	5
• Compartiendo las preocupaciones con amigos cercanos.	1	2	3	4	5
• Viendo en los juegos de suerte un recurso importante para resolver nuestros problemas familiares.	1	2	3	4	5
• Aceptando que las dificultades aparece en forma inesperada.	1	2	3	4	5
• Compartiendo actividades con parientes (salir juntos, come, etc.)	1	2	3	4	5
• Buscando consejo profesional y ayuda para las dificultades familiares.	1	2	3	4	5
• Creyendo que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

• Participando en las actividades de la iglesia.	1	2	3	4	5
• Definiendo el problema familiar en una forma más positiva, de modo que no nos sintamos demasiado desalentados.	1	2	3	4	5
• Preguntándole a los parientes cómo se sienten ellos con los problemas que nosotros enfrentamos.	1	2	3	4	5
• Sintiendo que, sin importar lo que hagamos para estar preparados, siempre tendremos dificultad para afrontar los problemas.	1	2	3	4	5
• Buscando consejo de un sacerdote (o religioso/a).	1	2	3	4	5
• Creyendo que si esperamos lo suficiente, el problema desaparecerá por sí solo.	1	2	3	4	5
• Compartiendo los problemas con los vecinos.	1	2	3	4	5
• Teniendo fe en Dios.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

TEST FACES III.

A continuación encontrará Ud.: una serie de situaciones propias de las familias, ente cada una de ella deberá marcar de la siguiente manera:

- 1: Si casi nunca esto sucede en su familia.
- 2: Si muy rara vez esto sucede en su familia.
- 3: Si está indecisa (o) o si son pocas las veces que esto sucede en su familia.
- 4: Si esto sucede con mucha frecuencia en su familia.
- 5: Si esto sucede casi siempre en su familia.

I. DESCRIBA COMO ES EN LA ACT UALIDAD SU FAMILIA.

1. Los miembros de mi familia nos pedimos ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
1. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
1. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
1. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
1. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
1. Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
1. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
1. A los miembros de mi familia les agrada pasar el tiempo juntos.	1	2	3	4	5
1. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
1. Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
1. En nuestra familia todos estamos presentes cuando compartimos actividades.	1	2	3	4	5
1. Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
1. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

1. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
1. Es difícil identificar los líderes de mi familia.	1	2	3	4	5
1. La unión familia es muy importante.	1	2	3	4	5
1. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

I. DESCRIBA COMO LE GUSTARIA QUE FUERA SU FAMILIA

1. Que los miembros de familia se pidieran más ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
1. En la solución de problemas se seguirían sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
1. Nosotros aprobaríamos los amigos que cada uno tuviera.	1	2	3	4	5
1. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
1. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
1. Diferentes personas de la familia actuarían en ella como líderes.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se sentirían más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
1. En nuestra familia hiciéramos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
1. A los miembros de la familia les gustaría pasar juntos su tiempo libre	1	2	3	4	5
1. Padres e hijos discutirían juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se sentirían más cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
1. Los hijos tomarían las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
1. Cuando compartiéramos actividades, todos estuviéramos presentes.	1	2	3	4	5
1. Las reglas cambiaran en nuestra familia.	1	2	3	4	5
1. Se nos ocurrieran mas fácilmente cosas que pudiéramos hacer en familia.	1	2	3	4	5
1. Nos turnáramos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se consultaran entre si sus decisiones.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

1. Sabríamos quién o quiénes serían los líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
1. La unión familiar fuera muy importante.	1	2	3	4	5
1. Pudiéramos decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos que pudo haber tenido después de la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado. A continuación se encuentran una serie de afirmaciones que podrían ser representativas de lo que ha podido pensar en ese momento. Por favor lea cuidadosamente cada afirmación y díganos si está de acuerdo o no con ella. La gente reacciona a eventos traumáticos de diferentes formas y, por tanto, las siguientes afirmaciones no tienen respuestas correctas o incorrectas.

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente en desacuerdo			Neutro			Totalmente de Acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1. Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar	1	2	3	4	5	6	7
2. No puedo confiar en que haré lo que debo	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy una persona débil	1	2	3	4	5	6	7
4. No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles.	1	2	3	4	5	6	7
5. No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo	1	2	3	4	5	6	7
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable.	1	2	3	4	5	6	7
7. No se puede confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento muerto por dentro	1	2	3	4	5	6	7
10. Nunca puedes saber quién te hará daño	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo que estar siempre alerta porque no sé lo que me puede ocurrir	1	2	3	4	5	6	7
12. Me siento una persona incapaz	1	2	3	4	5	6	7
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
14. Si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello	1	2	3	4	5	6	7
15. Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy	1	2	3	4	5	6	7

FAMILIA, ADOLESCENTES, VIOLENCIA SEXUAL Y SALUD MENTAL.

16. Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco.	1	2	3	4	5	6	7
17. Nunca volveré a sentir emociones normales	1	2	3	4	5	6	7
18. El mundo es un lugar peligroso	1	2	3	4	5	6	7
19. Alguien tendría que haber evitado lo que sucedió	1	2	3	4	5	6	7
20. He cambiado para mal	1	2	3	4	5	6	7
21. Me siento como un objeto, no como una persona	1	2	3	4	5	6	7
22. Cualquier otro hubiera evitado este suceso	1	2	3	4	5	6	7
23. No puedo confiar en la gente	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento aislado y al margen de los otros	1	2	3	4	5	6	7
25. No tengo futuro	1	2	3	4	5	6	7
26. No puedo evitar que me sucedan cosas malas	1	2	3	4	5	6	7
27. La gente no es lo que parece	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi vida ha quedado destrozada	1	2	3	4	5	6	7
29. Algo falla en mí como persona	1	2	3	4	5	6	7
30. Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador	1	2	3	4	5	6	7
31. Hay algo dentro de mí que provocó el suceso	1	2	3	4	5	6	7
32. No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos	1	2	3	4	5	6	7
33. Siento como si ya no supiera quién soy	1	2	3	4	5	6	7
34. Nunca sabes cuándo pasará algo terrible	1	2	3	4	5	6	7
35. No puedo confiar en mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
36. Nada bueno puede pasarme en el futuro	1	2	3	4	5	6	7

